

**MAATSKAPLIKEWERK-  
HULPVERLENING  
AAN DIE  
DAGGA- EN MANDRAX  
DWELMGEBRUIKER**



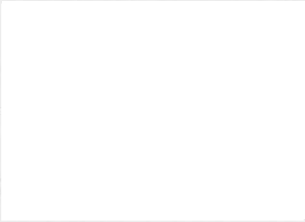
**deur**

**ILSE BARNARD**

**Tesis ingelewer ter gedeeltelik voldoening aan die vereistes vir die graad M.A.in Geneeskundige Maatskaplike  
Werk aan die Universiteit van Stellenbosch.**

## VERKLARING

Ek, die ondergetekende, verklaar hiermee dat die werk in hierdie tesis vervat, my eie oorspronklike werk is wat nog nie vantevore in die geheel of gedeeltelik by enige ander Universiteit ter verkryging van 'n graad, voorgelê is nie.



29.11.93

DATUM



## SUMMARY

Drug abuse and drug dependence, especially with regard to dagga and Mandrax, is a distressing phenomenon in the current South African society. Because of an increase in this phenomenon, that is the combined use of dagga and Mandrax, there is a growing need to treat this social problem as effectively as possible. The study deals with the social worker's rendering of help to the dagga- and Mandrax user. Die purpose of the study is to compile guide-lines with regard to assessing the needs of social workers. A questionnaire survey was done by social workers actively involved in family organisations to assess their needs for knowledge and skills in working with the druguser.

Pre-graduate training as well as insufficient further training after graduation add to social worker's limited knowledge and skills in working with die druguser. Social workers are largely emphatic and supportive towards the druguser, but they do however experience feeling of uncertainty, powerlessness, ambivalence and resignation. Although quite motivated in rendering help to the druguser, the social worker's motivation rests mainly on the druguser's motivation to change his own behaviour and to co-operate.

The majority of respondents' needs with regard to knowledge and skills were highly indicated. Although the family-care worker does not specialise in dependence it is nevertheless necessary that she has sufficient knowledge and skills with regard to dependence. Her attitude towards the druguser and toward the phenomenon of dependence is therefore important in rendering help effectively. Guide-lines were compiled and suggestions were made to ensure that the social worker's task is more sufficient.

## OPSOMMING

Dwelmmisbruik en -afhanklikheid, veral ten opsigte van dagga en Mandrax, is 'n kommerwekkende verskynsel in die huidige Suid-Afrikaanse samelewing. Weens die toename in die verskynsel van die gesamentlik gebruik van dagga en Mandrax, word die behoefte om hierdie maatskaplike probleem effektief te behandel, al hoe groter. Die studie handel oor hulpverlening deur die maatskaplike werker, aan die dagga- en Mandraxgebruiker. Die doel is om riglyne, insake die hantering van die dwelmgebruiker op te stel. Dit is gedoen na aanleiding van 'n vraelysopname onder maatskaplike werkers by gesinsorgorganisasies om hul leerbehoefte ten opsigte van kennis en vaardighede in die hantering van die dwelmgebruiker te bepaal.

Effektiewe hulpverlening aan die dwelmgebruiker, word belemmer as gevolg van beperkte kennis en vaardighede van die maatskaplike werker. Onvoldoende voorgraadse opleiding asook onvoldoende verdere opleiding na kwalifisering, dra by tot maatskaplike werkers se beperkte kennis en vaardighede in die hantering van die dwelmgebruiker. Maatskaplike werkers is tot 'n groot mate empaties en behulpsaam om hulp te verleen aan die dwelmgebruiker, maar ervaar terselfdertyd gevoelens van onsekerheid, magteloosheid, ambivalensie en gelatenheid. Alhoewel maatskaplike werkers redelik gemotiveerd is om hulp aan die dwelmgebruiker te verleen, berus hierdie motivering hoofsaaklik op die dwelmgebruiker se motivering om sy gedrag te verander en samewerking te bied.

Die meerderheid respondente se leerbehoefte met betrekking tot kennis en vaardighede, is as hoog aangedui. Alhoewel die gesinsorgwerker nie spesialiseer in afhanklikheid nie, is dit noodsaaklik dat sy oor genoegsame kennis en vaardighede in die hantering van die dwelmgebruiker moet beskik. Voorts is die maatskaplike werker se houding teenoor die dwelmgebruiker en die verskynsel van afhanklikheid belangrik ten einde effektiewe hulpverlening te verseker. Riglyne is opgestel en aanbevelings is gemaak ten einde die maatskaplike werker se taak meer effektief te maak.

## DANKBETUIGINGS

**My opregte dank en waardering word hiermee betuig aan die volgende persone en instansies:**

Aan my Verlosser, wat my die leiding en die krag gegee het om hierdie projek te voltooi. Aan God al die eer.

My promotor, prof. N.J. Botha, vir haar waardevolle leiding, geduld en aanmoediging. Dit was 'n besondere voorreg om die studie onder haar leiding te doen.

Dr. Sulina Green, vir haar belangstelling, positiewe ingesteldheid en ondersteuning.

Drr. Colin Bouwer, Willie Pienaar en Mike Louw vir hul insette en vir my skoling in hierdie spesialiteit.

Die betrokke gesinsorgorganisasies.

Lynelle Marlow, vir die uitstekende wyse waarop sy die taalversorging behartig het en haar eindelose geduld.

Bastiaan van der Meer, vir sy waardevolle hulp met die tegniese versorging van die navorsingsverslag.

Kollegas vir hul belangstelling en ondersteuning.

My ouers, Barrie en Joya, broers en suster vir hul bystand, onderskraging en volgehoue belangstelling.

My vriende vir hul opofferinge en ondersteuning.

*Opgedra aan my ouers*

# INHOUDSOPGAWE

## Bladsy

### HOOFSTUK 1

#### INLEIDING

1.1 MOTIVERING VIR DIE STUDIE	1
1.2 DOEL VAN DIE STUDIE	2
1.3 BEGRENsing VAN DIE STUDIE	2
1.4 METODE VAN NAVORSING	3
1.4.1 Literatuurstudie	3
1.4.2 Vraelysopname	4
1.5 BEPERKINGE VAN DIE STUDIE	5
1.6 STRUKTUUR VAN TESIS	5

### HOOFSTUK 2

#### DEFINISIES EN DSM III-R DIAGNOSTIESE KRITERIA VAN DWELMMIDDELMISBRUIK EN -AFHANKLIKHEID.

2.1 INLEIDING	7
2.2 TERMINOLOGIE, KONSEPTE EN DEFINISIES	7
2.2.1 Dwelmmiddel	8
2.2.2 Dwelmggebruik	9
2.2.3 Dwelmmisbruik	9
2.2.4 Toleransie	12
2.2.5 Kruistoleransie	12
2.2.6 Dwelmafhanklikheid	13
2.2.7 Poli-afhanklikheid	18
2.2.8 Onthouding/Onttrekkingssimptome	19
2.2.9 Soberheid	19
2.3 SAMEVATTING	20



## HOOFSTUK 3

### DWELMMIDDELS: DAGGA EN MANDRAX

3.1 INLEIDING	21
3.2 DAGGA	21
3.2.1 Historiese Agtergrond	21
3.2.2 Farmakologiese klassifikasie	25
3.2.3 Gebruikswyses van dagga	25
3.2.4 Daggasubkulture	28
3.2.5 Dagga-intoksikasie	29
3.2.6 Fisieke en psigologiese effek van dagga	31
3.2.7 Afhanklikheid van dagga	34
3.3 MANDRAX	37
3.3.1 Historiese agtergrond	37
3.3.2 Farmakologiese klassifikasie	38
3.3.3 Voorkoms en gebruikswyses	38
3.3.4 Mandrax intoksikasie en nuwe-effekte	39
3.3.5 Afhanklikheid van Mandrax	59
3.4 SAMEVATTING	40

## HOOFSTUK 4

### BEHANDELINGSPERSPEKTIEWE VAN AFHANKLIKHEID

4.1 INLEIDING	41
4.2 PERSPEKTIEWE VAN AFHANKLIKHEID	41
4.2.1 Mediese/siektekonsep model	42
4.2.2 Sosiale leerperspektief	47
4.3 MODELLE VAN INTERVENSIË	51
4.3.1 Veranderingsmodel	51
4.3.2 Terugval-voorkomingsmodel	54
4.4 SAMEVATTING	57



## HOOFSTUK 5

### HULPVERLENING AAN DIE DWELMGEBRUIKER

5.1 INLEIDING	58
5.2 KENNISVLAK EN VAARDIGHED E VAN DIE MAATSKAPLIKE WERKER	58
5.3 HULPVERLENING	59
5.3.1 Beginsels	60
5.3.2 Tegnieke en take	62
5.3.3 Motiverende Onderhoudvoering. ( <i>motivational interviewing</i> )	67
5.3.4 Hulpverlening aan die dwelmgebruiker	71
5.4 SAMEVATTING	78

## HOOFSTUK 6

### HOUDINGS EN LEERBEHOEFTE S VAN MAATSKAPLIKE WERKERS TEN OPSIGTE VAN HULPVERLENING AAN DIE DWELMGEBRUIKER

6.1 INLEIDING	79
6.2 IDENTIFISERENDE INLIGTING	79
6.2.1 Geslag, ouderdom, opleiding en diensjare	79
6.2.2 Werkservaring en tydperk van diensjare	81
6.2.3 Posvlak van, en metodes beoefen deur, respondent e	82
6.2.4 Werkservaring van die maatskaplike werkers	82
6.2.5 Voorgraadse en verdere opleiding met betrekking tot afhanklikheid	83
6.2.6 Literatuur	86
6.2.7 Bedieningsarea	88
6.3 VOORKOMS VAN DWELMGEBRUIK	89
6.3.1 Werklading	89
6.4 HULPVERLENING AAN DIE DWELMGEBRUIKER	90
6.4.1 Houding teenoor die dwelmgebruiker	90
6.4.2 Motivering van die maatskaplike werker	93
6.4.3 Assessering	95
6.4.4 Hulpverlening	95
6.5 LEERBEHOEFTE S VAN DIE MAATSKAPLIKE WERKER IN DIE HULPVERLENING AAN DIE DWELMGEBRUIKER	96
6.5.1 Kennis	96
6.5.2 Vaardighede	98
6.5.3 Benaderings	99

6.5.4 Beginsels	100
6.5.5 Waarde van riglyne	101
6.6 SAMEVATTING	102

## **HOOFSTUK 7**

### **GEVOLGTREKKINGS EN AANBEVELINGS**

7.1 INLEIDING	103
7.2 GEVOLGTREKKINGS	103
7.3 AANBEVELINGS	105

## **BIBLIOGRAFIE**

### **BYLAE 1 & 2: AANSOEKBRIEF**

### **BYLAE 3 & 4: TOESTEMMINGSBRIEF**

### **BYLAE 5: VRAELYS EN DEKBRIEF**

## **TABELLE**

Tabel 4.1: Paradigmas van die leerteorie	48
Tabel 6.1: Ouderdom en opleiding	80
Tabel 6.2: Werkservaring van die maatskaplike werkers	82
Tabel 6.3: Verder opleiding in afhanklikheid	85
Tabel 6.4: Tipe literatuur bestudeer	87
Tabel 6.5: Bedieningsarea	88
Tabel 6.6: Beskouinge (houdings) ten opsigte van die dwelmgebruiker en chemiese afhanklikheid	92
Tabel 6.7: Motivering en aspekte wat motivering beïnvloed	94
Tabel 6.8: Motiveringsredes vir die waarde wat daar aan riglyne geheg word	102

## FIGURE

Figuur 4.1: Veranderingsmodel	52
Figuur 6.1: Werkservaring en diensjare van maatskaplike werkers	81
Figuur 6.2: Voorgraadse opleiding van maatskaplike werkers	83
Figuur 6.3: Effektiwiteit van opleiding in die hantering van die afhanklike	84
Figuur 6.4: Waarde van verdere opleiding	86
Figuur 6.5: Positiewe gevoelens teenoor die dwelmgebruiker	91
Figuur 6.6: Negatiewe gevoelens teenoor die dwelmgebruiker	91
Figuur 6.7: Leerbehoefes ten opsigte van kennis in die hantering van die dwelmgebruiker	97
Figuur 6.8: Leerbehoefes rondom vaardighede	99
Figuur 6.9: Belangrikheid van handhawing van beginsels in hulpverlening aan die dwelmgebruiker	101



# HOOFSTUK 1

## INLEIDING

### 1.1 MOTIVERING VIR DIE STUDIE

Alhoewel hulpverlening aan die dwelmgebruiker 'n spesialiteitsrigting in die maatskaplikewerk-veld is, het die gesinsorgwerker op 'n gereelde grondslag met alkohol- en dwelmmisbruik te doen. Spesialiteitsorganisasies en inrigtings, vir die behandeling van die dwelmgebruiker, is hoofsaaklik in stedelike gebiede gekonsentreer. Dit bring mee dat die gesinsorg-maatskaplike werker wat op die platteland werksaam is, beperkte hulpbronne om afhanklikheid te hanteer, tot haar beskikking het. Dit het tot gevolg dat die maatskaplike werker genoodsaak is om effektiewe hulpverlening vanuit die gesinsorgorganisasie, aan die dwelmgebruiker, te bied. Indien die maatskaplike werker oor beperkte kennis en vaardighede ten opsigte van die hantering van die dwelmgebruiker beskik, sal dit noodgedwonge effektiewe hulpverlening inkort.

Hulpverlening aan die dwelmgebruiker vereis gespesialiseerde kennis en vaardighede. Indien die maatskaplike werker nie verdere opleiding in hierdie verband ontvang nie, maak dit effektiewe hulpverlening baie moeilik, en soveel te meer as hulpbronne ook nog ontbreek en die maatskaplike werker oor beperkte kennis en vaardighede beskik.

Die navorser spesialiseer sedert 1988 in die veld van alkohol- en dwelmafhanklikheid. Cedurende 1988 was die navorser werksaam by die Suid-Afrikaanse Raad insake Alkohol- en Dwelmafhanklikheid (SANRA). Sedert 1989 is die navorser werksaam by die Noordelike Areas Dwelmaksie-Groep (NADAG). Die werksaamhede by SANRA het hoofsaaklik individuele beraad behels, terwyl die navorser by NADAG volgens die geïntegreerde benadering gewerk het met spesifieke klem op individuele beraad en groepwerk. Voorts was die navorser ook betrokke by die opleiding van maatskaplike werkers om hul kennis rakende alkohol, onwettige dwelmmiddels en afhanklikheid uit te brei. Na aanleiding hiervan, asook deur met maatskaplike werkers in verskeie gesinsorgorganisasies te skakel, is die behoefte aan riglyne vir hulpverlening aan die dwelmgebruiker, geïdentifiseer. Van der Walt & Van der Westhuizen (1990:304) wys daarop dat alhoewel die literatuur ryk is aan die beskrywing van afhanklikheid as maatskaplike probleem, daar 'n leemte aan riglyne vir die hantering van die alkoholafhanklike pasiënt bestaan. Hierdie leemte aan riglyne wat telkens deur maatskaplike werkers in die praktyk, geïdentifiseer is, is nie net op die alkoholafhanklike van toepassing nie, maar ook op die dwelmgebruiker. Dit het die navorser laat besluit om die onderwerp te kies.

### 1.2 DOEL VAN DIE STUDIE

Dit is noodsaaklik dat die praktiserende maatskaplike werker voortdurend naar kennis en vaardighede sal uitbrei en ontwikkel ten einde effektiewe hulpverlening aan die kliëntsisteem te verseker. Vir die maatskaplike werker in 'n

gesinsorgorganisasie, waar die moontlikheid om te spesialiseer beperk is, is die bestudering van maatskaplike probleme, soos byvoorbeeld afhanklikheid, noodsaaklik omdat die maatskaplike werker binne alle diensvelde moet werk.

Die doel van hierdie studie is om riglyne vir die effektiewe hantering van die dwelmgebruiker vir die maatskaplike werker daar te stel.

**Ten einde hierdie doel te bereik is die doelwitte van die ondersoek as volg:**

- (a) om bestaande literatuur oor dwelmmisbruik en -afhanklikheid, dwelnumiddels (dagga en Mandrax) en hulpverlening aan die dwelmgebruiker te ondersoek en te beskryf ten einde 'n teoretiese raamwerk aan te bied;
- (b) om maatskaplike werkers se houdings asook hul leerbehoefes rondom kennis en vaardighede in die hulpverlening aan die dwelmgebruiker, te bepaal en
- (c) om na aanleiding van die teoretiese raamwerk en bevindinge van die ondersoek, riglyne daar te stel vir hulpverlening aan die dwelmgebruiker, deur die maatskaplike werker in die gesinsorgorganisasie, sodat hulpverlening meer effektief kan geskied.

### **1.3 BEGRENsing VAN DIE STUDIE**

Die studie is tot twee terreine beperk: eerstens tot takkantore van twee gesinsorgorganisasies en tweedens tot maatskaplike werkers binne hierdie organisasies wat nie uitsluitlik dienste aan die afhanklike lewer nie. Die twee gesinsorgorganisasies wat by hierdie ondersoek betrek is, is die Christelike Maatskaplike Raad (Kaapse Skiereiland) en Diakonale Dienste (Kaapse Skiereiland). Die tipe dienste wat hierdie twee gesinsorgorganisasies lewer aan hierdie kliëntsisteem is verteenwoordigend van die aard van gesinsorgorganisasie se dienslewering, bedieningsgebied, takkantore en die wit en bruin bevolkingsgroepe. Die platteland maak deel uit van albei organisasies se bedieningsgebied.

Die vraelyste is deur maatskaplike werkers voltooi wat in verskillende takkantore van die bogenoemde organisasies werksaam is. Maatskaplike werkers in bestuursposte is nie by hierdie studie betrek nie, omrede die studie fokus op maatskaplike werkers werksaam in die veld. Die respondente, is nie net beperk tot maatskaplike werkers wat in stedelike en voorstedelike gebiede werksaam is nie, maar daar is ook van die betrokke organisasies se maatskaplike werkers wat op die platteland werksaam is, gebruik gemaak. Beide organisasies se kantore op die platteland maak deel uit van die Skiereilandse-bedieningsgebied. Geen in- of uitsluitingskriteria ten opsigte van geslag, ras, ouderdom, opleiding of werksondervinding is gestel nie.



## 1.4 METODE VAN NAVORSING

Die uitvoering van die ondersoek het volgens twee metodes geskied, naamlik 'n literatuurstudie en 'n vraelys-opname. Die tipe navorsingontwerp wat gebruik is, is 'n **verkennde- beskrywende ontwerp** ten einde die doelstellings van die studie te bereik. Die metodes waardeur verkennde studies, volgens Mouton (1989:43), gedoen kan word, en wat op hierdie studie van toepassing is, om 'n oorsig van die bestaande, toepaslike literatuur te maak asook 'n opname, te doen onder mense (in hierdie geval onder maatskaplike werkers) wat praktiese ervaring van die probleem het (hulpverlening aan die dwelmgebruiker). Grinnell (1988:225) en McKendrick (1987:25) se beskrywing van verkennde studies, naamlik om die onderwerp van die studie te verken en 'n basis van idees en tentatiewe teorieë daar te stel, sluit nou aan by hierdie studie. Maatskaplike werkers se leerbehoeftes rakende kennis en vaardighede in die hantering van die dwelmgebruiker is verken, ten einde riglyne, na aanleiding hiervan op te stel.

Beskrywende studies, volgens Mouton (1989:44) sluit 'n wye verskeidenheid navorsing in. Volgens die skrywer se bespreking van hierdie tipe studies, val die klem op die beskrywing van 'n "*...spesifieke individu, situasie, groep, organisasie, stam, subkultuur, interaksie of sosiale voorwerp*". Volgens Arkava (1983:190-191), Grinnell (1993:139), Mouton (1989:44) en Polansky (1975:47) se bespreking van beskrywende studies, fokus hierdie studie enersyds op die bespreking van 'n groep, naamlik dagga en Mandrax-gebruikers en andersyds op maatskaplike werkers in gesinsorgorganisasies, se leerbehoeftes ten opsigte van kennis en vaardighede in die hantering van die dwelmgebruiker.

Volgens McKendrick (1987:257) sluit beskrywende studies beide 'n kwantitatiewe en kwalitatiewe beskrywing van die onderwerp van navorsing in. Hierdie navorsing is derhalwe kwantitatief én kwalitatief, maar meerendeels kwalitatief van aard is, want die leerbehoeftes van maatskaplike werkers is kwantitatief en kwalitatief ondersoek, met die fokus op die kwalitatiewe aard van die respondente se leerbehoeftes.

### 1.4.1 Literatuurstudie

Die doel van die literatuurstudie is hoofsaaklik om die volgende aspekte te beskryf:

- \* Definisies en diagnostiese kriteria van dwelmmiddelmisbruik en -afhanklikheid.
- \* Agtergrond, klassifikasie, gebruikswyses en die effek van dwelmmiddels, met spesifieke verwysing na dagga en Mandrax.
- \* Behandelperspektiewe van afhanklikheid en modelle van intervensie ten opsigte van die afhanklike.
- \* Hulpverlening aan die dwelmgebruiker, met spesifieke verwysing na beginsels, tegnieke en take, motiverende onderhoudvoering en die hulpverleningsproses.

Die mees resente literatuur, van Amerika en Brittanje, sowel as soveel as wat moontlik beskikbaar is van die Suid-Afrikaanse literatuur, is bestudeer. Dit was opvallend dat daar 'n skaarste aan Suid-Afrikaanse literatuur was, terwyl literatuur uit Amerika en Brittanje geredelik beskikbaar was. Wat die literatuur oor dagga betref, is daar egter hoofsaaklik van Suid-Afrikaanse literatuur gebruik gemaak. Die beskikbaarheid en die bekombaarheid van literatuur oor Mandrax was uiters beperk. Baie min literatuur is oor Mandrax en veral die misbruik daarvan in Suid-Afrika beskikbaar.

Daar is hoofsaaklik van die J.S. Gericke Biblioteek, die Tygerberg Geneeskunde Biblioteek en die Erica Theron-leeskamer van die Departement Maatskaplike Werk van die Universiteit van Stellenbosch gebruik gemaak. 'n Dialog-literatuursoektog is by die J.S. Gericke Biblioteek, terwyl 'n Index Medicus-literatuursoektog deur die Tygerberg Geneeskunde Biblioteek gedoen is. Interbiblioteek-lenings vanaf die mediese biblioteek van die Universiteit van Kaapstad en die biblioteek van die Universiteit van Suid-Afrika is ook benut. Die Suid-Afrikaanse Raad insake Alkohol- en Dwelmafhanklikheid se leeskamer in Kaapstad was ook 'n waardevolle bron.

#### *1.4.2 Vraelysopname*

Die benutting van 'n vraelys as opname-metode is een van die bekendste en mees erkende metodes in sosiaal wetenskaplike navorsing (Arkava & Lane 1983:167, Grinnell 1985:275, en Philip, McCulloch & Smith 1975:36). Volgens die skrywers kan oop- en/of geslote vraagstelling gebruik word. Die vraelyste kan deur die respondente of deur die navorser in onderhoudsvoering voltooi word. Philip, McCulloch & Smith (1975:37) is van mening dat posvraelyste as 'n geskikte instrument vir vraelysopnames kan dien.

Vir die doel van die studie is daar besluit om twee gesinsorgorganisasies by hierdie ondersoek te betrek. Die steekproef van die twee organisasies het volgens die doelbewuste nie-waarskynlikheidsseleksie geskied (Grinnell 1993:162 en McKendrick 1987:270). Die doelbewuste waarskynlikheidsseleksie volgens bogenoemde skrywers, beteken dat die seleksie van respondente volgens spesifieke veranderlikes en na aanleiding van die navorser se oordeel geselekteer word. In die geval van **Diakonale Dienste** is daar uit 'n lys van 74 takkantore, 18 respondente gekies. Die seleksie het volgens twee veranderlikes geskied, naamlik maatskaplike werkers wat gesinsorgwerk doen en in stedelike, voorstedelike of plattelandse takkantore werk asook maatskaplike werkers wat nie binne die organisasie in afhanklikheid spesialiseer nie. Dertien van die 18 vraelyste wat uitgestuur is, is terug ontvang.

Die supervisor by die **Christelike Maatskaplike Raad** het self agt respondente gekies wat ook ooreenkomstig bogenoemde twee veranderlikes gekies is. Al agt vraelyste is terug ontvang. Hierdie steekproef is dus ook volgens die doelbewuste nie-waarskynlikheidsseleksie gedoen (McKendrick 1987:270), al het die navorser nie persoonlik die seleksie van die respondente gedoen nie. Telefoniese, asook skriftelike toestemming vir die ondersoek is vooraf van beide die gesinsorgorganisasies se onderskeie direkteure ontvang. Die onderskeie supervisors is telefonies gekontak om die opname onder die geselekteerdes, bekend te stel en om hul samewerking te versoek.

'n Posvraelys met 'n inligtingsdekbrieff (Bylaag 5), afskrifte van die navorser se aansoekbrieff (Bylaag 1 en 2) sowel as die toestemmingsbrieff van die betrokke organisasie se direkteur (Bylaag 3 en 4) is teen 16 Oktober 1992 aan alle



respondente gepos. Respondente wat by die ondersoek betrokke was, is werksaam in 26 verskillende takkantore en slegs een maatskaplike werker by elke takkantore is betrek. Die respondente is een week later telefonies gekontak om te verneem of die vraelys ontvang is en is versoek om die voltooide vraelyste terug te stuur. Van die 26 uitgestuurde vraelyste is 21 (81%) voltooide vraelyste terugontvang, wat as 'n bevredigende respons beskou word.

## 1.5 BEPERKINGE VAN DIE STUDIE

Die doel van hierdie studie is nie om die behandelingsproses van die dagga- en Mandrax-gebruiker te beskryf, sodat dit as 'n bloudruk gebruik kan word nie. Die studie is ook nie onderneem om riglyne op te stel vir die gebruik deur maatskaplike werkers of ander professionele persone wat spesialiseer in die veld van afhanklikheid, nie. Die doel is om teen die agtergrond van maatskaplike werkers se leerbehoeftes rakende hulle kennis en vaardighede, riglyne insake hantering van die dwelmgebruiker, daar te stel.

'n Verdere beperking was die min literatuur wat beskikbaar was oor die dwelmmiddel, Mandrax, en die gebruik daarvan in Suid-Afrika. Alhoewel dagga die primêre dwelmmiddel is wat bespreek word en ook die mees algemeen misbruikte, onwettige dwelmmiddel in Suid-Afrika is (soos bespreek word in Hoofstuk 3), is dit belangrik dat Mandrax oorsigtelik bespreek word, omdat die tendens om Mandrax saam met dagga te gebruik, dikwels voorkom.

## 1.6 STRUKTUUR VAN TESIS

Die tesis bestaan uit sewe hoofstukke. Hoofstuk 1 dien as 'n inleidende hoofstuk, Hoofstukke 2 tot 5 fokus op die teoretiese fundering, Hoofstuk 6 handel oor die empiriese ondersoek terwyl Hoofstuk 7 uit die gevolgtrekkings en aanbevelings bestaan.

Die tesis word soos volg aangebied:

**HOOFSTUK 1** dien as inleiding tot die navorsingsverslag. Aspekte rakende die motivering, doelstellings asook metodes en beperkinge van die ondersoek, word bespreek.

**HOOFSTUK 2** handel oor die terminologie, definisies en konsepte van afhanklikheid sowel as oor die diagnostiese kriteria vir dwelmmisbruik en -afhanklikheid volgens die DSM III-R.

**HOOFSTUK 3** fokus hoofsaaklik op die twee tipe dwelmmiddels, naamlik dagga en Mandrax. Aspekte wat bespreek word handel oor die historiese agtergrond, die farmakologiese klassifikasie, die voorkoms en gebruikswyses, intoksikasie asook die fisiese en psigiese newe-effekte van hierdie twee middels. Daar word hoofsaaklik op dagga klem gelê terwyl Mandrax slegs oorsigtelik bespreek word.

**HOOFSTUK 4** sluit die bespreking van die behandelingsperspektiewe van afhanklikheid in, met spesifieke verwysing na die mediese- en sosiale leerteorie model, asook met verwysing na spesifieke modelle van intervensie ten opsigte van afhanklikheid.

**HOOFSTUK 5** gee 'n oorsig van die hulpverleningsproses aan die dwelmgebruiker. Daar word hoofsaaklik na die beginsels, tegnieke en take, motiverende onderhoudvoering en aspekte wat belangrik is tydens die proses van hulpverlening aan die dwelmgebruiker, gekyk.

**HOOFSTUK 6** is 'n ontleding van die leerbehoeftes van die maatskaplike werker insake kennis en vaardighede wat haar hantering van die dwelmgebruiker kan bevorder. Die bevindinge word verder beskryf en ontleed, ten einde gevolgtrekkings en aanbevelings te kan maak.

**HOOFSTUK 7** bestaan uit die gevolgtrekkings en aanbevelings na aanleiding van die empiriese ondersoek. Hierdie hoofstuk dien ook as afronding van die tesis.

## HOOFSTUK 2

# DEFINISIES EN DSM III-R DIAGNOSTIESE KRITERIA VAN DWELMMIDDELMISBRUIK EN -AFHANKLIKHEID

### 2.1 INLEIDING

Alkohol- en dwelmmisbruik is maar een van vele gesondheids- en maatskaplike probleme waarmee die Suid-Afrikaanse samelewing te kampe het. Hierdie sosio-patologiese verskynsel is onderliggend aan verskeie ander maatskaplike probleme, ondermeer tienerswangerskappe, kindermolestering, kinderverwaarloosing, vroeë skoolverlating en gesinsverbrokkeling.

Die siening dat dwelmmisbruik maar net nóg 'n maatskaplike probleem is en nie voorkom as gevolg van verskeie ander maatskaplike probleme nie, is 'n wanopvatting wat op oorvereenvoudigde liniêre denkwysse berus. Dwelmmisbruik en -afhanklikheid tas die mees basiese waarde-oriëntasies van 'n gemeenskap aan. Die mees elementêre beginsels dat 'n gesonde gesinslewe die steunpilare van enige gemeenskap vorm word onder meer deur dwelmmisbruik bedreig. Op die wyse beskou, is dit meer korrek om die stelling te maak dat dwelmmisbruik en -afhanklikheid beide as oorsaak en gevolg 'n rol speel in veelvuldige maatskaplike patologie.

In hierdie hoofstuk word verskillende definisies, konsepte sowel as die terminologie wat met betrekking tot dwelmmiddels, dwelmmisbruik en -afhanklikheid gebruik word, bespreek. Die uiteensetting van hierdie definisies en konsepte sal volgens die bepaalde ontwikkelingsproses van afhanklikheid bespreek word, rakende dwelmmiddels, dwelmgewoontes, dwelmmisbruik, toleransie, kruistoleransie, dwelmafhanklikheid, poli-afhanklikheid, intoksikasie, onttrekkingsimptome/onthoudingsindroom en soberheid/geheelonthouding. Aangesien afhanklikheid vir die doel van die studie as 'n psigiatriese versteuring beskou word, word die *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Third edition - Revised)* (1987:167-169) se diagnostiese kriteria van dwelmmisbruik en -afhanklikheid toegepas. Vervolgens sal daar na laasgenoemde bron as die DSM III-R verwys word. Dwelmmisbruik en -afhanklikheid as maatskaplike probleem word vir dié doel van hierdie studie beskryf.

### 2.2 TERMINOLOGIE, KONSEPTE EN DEFINISIES

Om verwarring uit te skakel word daar klem gelê op die terminologie wat in leke en professionele taal in die spesifieke diensveld van dwelmafhanklikheid voorkom.



### 2.2.1 Dwelmmiddel

Vir die doel van hierdie studie word die volgende as sinoniem beskou:

*dwelmmiddel, dwelm, substansie of psigoaktiewe substansie*

Die publiek en professionele persone heg verskillende betekenisse aan die term, dwelmmiddel. Stockley (1986:10) beskryf 'n dwelmmiddel as enige chemiese stof wat verandering in 'n persoon se emosionele toestand, fisiologiese funksies of gedrag teweegbring. Louw (1989:342) definieer die Engelse term "*drug*" as enige chemiese stof, behalwe voedsel, wat gewoonlik vir mediese doeleindes gebruik word, en wat verandering in die fisiologiese en/of psigologiese funksionering van die individu teweegbring. Sy definisie sluit ook in die misbruik van so 'n stof of middel wat tot fisieke en/of psigiese afhanklikheid kan lei. Bogenoemde skrywer vestig die aandag daarop dat die gebruik van slegs een beskrywende Afrikaanse term probleme skep, derhalwe moet verskillende terme na gelang van die konteks aangewend word.

Die term *geneesmiddel* volgens Louw (1989:432) word gebruik wanneer na die terapeutiese eienskappe van die middel verwys word, terwyl *dwelmmiddel* of *dwelm* verwys na enige ander middel (of geneesmiddels) wat twee soorte afnanklikheid (fisieke en/of psigiese) tot gevolg het indien dit misbruik word. Liska (1981:3) definieer 'n dwelmmiddel as enige middel wat ingeneem kan word en wat fisiologiese en psigologiese funksies in die liggaam positief of negatief beïnvloed of verander. Hierdie is 'n baie algemene en breë definisie, aangesien talle dwelmmiddels nie as sulks fisiologiese en psigologiese funksies in die liggaam positief beïnvloed nie, maar soos die skrywer tereg opmerk, wel fisiologiese en psigologiese reaksies teweegbring.

In leketaal word die term *verdowningsmiddel* verkeerdelik as sinoniem vir "*drug*" en *dwelmmiddel* gebruik. Verdowningsmiddels, of meer korrek depressante, verwys na die klas dwelmmiddels wat 'n verdownende uitwerking op die sentrale senuweestelsel van die mens het. Louw (1989:342) gee 'n uiteensetting van die verskil in die terme wat deur die DSM III en DSM III-R gebruik word. In die DSM III word die term "*drug*" vervang met "*substance*", terwyl die DSM III-R na "*psychoactive substance*" verwys. Dit verduidelik die term "*psigoaktiewe-substansiegebruikversteuring*" (Louw 1989:341) wat na die wanaanpassingsgedrag verwys wat met die gereelde gebruik van enige dwelmmiddel gepaard gaan.

Vir die doel van hierdie navorsingsverslag word die DSM III-R se definisie van 'n psigoaktiewe substansie aangewend asook die skrywer Searl (1989:46) se definisie van 'n dwelmmiddel, as enige sintetiese of natuurlike stof (kos of voedingstowwe uitgesluit) wat fisieke en/of psigologiese veranderinge teweegbring. Opsommend beteken dit dat 'n dwelmmiddel enige stof is wat die mens se gevoelens, gedagtes en gedrag verander. Laasgenoemde definisies word gebruik omdat die ander definisies nie middels soos dagga, neutmuskaat en middels van plantaardige oorsprong insluit nie. 'n Paar voorbeelde van plantaardige (of natuurlike) middels wat afhanklikheidsvormend is en wat misbruik word, is Cannabis Sativa (dagga), neutmuskaat, Morning Glory-sade, "Magic Mushrooms" en Peyote Cactus. Met ander woorde enige natuurlike middels wat verandering in die fisieke, psigologiese en gedragsfunksionering van die individu teweegbring.

In hierdie navorsingsverslag sal daar hoofsaaklik klem gelê word op die twee mees algemene misbruikte dwelmmiddels naas alkohol, naamlik die onwettige dwelms, dagga en Mandrax.

#### (i) Dagga

Die woord dagga het verskillende benaminge. Die botaniese plantnaam wat meestal misbruik word, is *Cannabis Sativa*. Daar sal in die navorsingsverslag spesifiek na hierdie spesie verwys word tensy anders vermeld. Die term **dagga** sal gebruik word om die dwelmmiddel te beskryf. Die variëteite en subkultuurterme van dagga word breedvoerig in Hoofstuk 3 bespreek.

#### (ii) Mandrax

Mandrax, oftewel metakwiloan, het ook 'n wye verskeidenheid subkultuurterme. Dit sal kortliks in Hoofstuk 3 bespreek word. Die term **Mandrax** sal deurgaans gebruik word om hierdie dwelmmiddel te beskryf.

### 2.2.2 Dwelmgebruik

Schuckit (1985:4) en Searl (1989:47) merk tereg op dat daar 'n baie dun skeidslyn tussen die gebruik enersyds en misbruik andersyds van middels bestaan. Dwelmgebruik, volgens bogenoemde skrywers, kan gedefinieer word as die gebruik van 'n geneesmiddel of 'n sosiaal aanvaarbare dwelmmiddel (alkohol en/of nikotien).

Dit behels die gekontroleerde inname van hierdie middels op so 'n wyse dat die middels nie op die lange duur 'n nadelige effek op die fisieke, psigologiese en sosiale funksionering van die individu het nie. Wanneer sulke geneesmiddels gekontroleerd toegedien word en daar wel fisieke of psigologiese newe-effekte ontstaan (ten einde die pasiënt se sieketoestand te beheer) moet dit nog steeds as dwelmgebruik beskou word (Searl 1989:47).

Geneesmiddels wat ongekontroleerd en/of om geen mediese redes gebruik word nie, én fisieke en psigologiese newe-effekte tot gevolg het, word in teenstelling met die term dwelmgebruik as dwelmmisbruik gedefinieer (Schuckit 1985:4). Hierdie definisie stem ooreen met die definisie wat daar in die Wet op Dwelmmiddels en Dwelmsmokkelary (Wet No. 140, 1992) gebruik word: die begrip geneesmiddel word gedefinieer as 'n bepaalde dwelmmiddel vir die behandeling of voorkoming van 'n siekte of vir 'n ander bepaalde genesende of terapeutiese doel gebruik word, maar word nie gebruik met die doel om die persoon se drang na die bepaalde middel of enige soortgelyke dwelmmiddel te bevrediging nie (Wet No. 140, 1992: Artikel 1(1)iv).

### 2.2.3 Dwelmmisbruik

Julien (1981:209), Kaplan & Sadock (1991:279) en Madden (1979:2) tref 'n onderskeid tussen "*drug abuse*" en "*drug misuse*" en hierdie twee terme word dus verskillend gedefinieer. In Afrikaans sou althoe hierdie term vertaal word as "misbruik". Vir die doel van hierdie studie sal daar dus van die Engelse vertalings gebruik gemaak word. Volgens Julien (1981:209) verwys "*drug abuse*" na 'n dwelmmiddel wat om alternatiewe redes gebruik word eerder as met die



oorspronklike doel in sig. Kaplan & Sadock (1991:279) beskou dit as die onwettige gebruik van 'n dwelmmiddel terwyl Madden (1979:2) dit as die nie-mediese gebruik van dwelms beskou. Die term "*drug misuse*" omskryf, volgens Julien (1981:210) die gebruik van enige middel hetsy om mediese of ontspanningsdoeleindes, waar daar terselfdertyd 'n alternatiewe middel beskikbaar is wat die dwelm sou kon vervang of andersins waar 'n persoon se dwelmmisbruik homself en/of ander persone sodanig tot nadeel strek. Kaplan & Sadock (1991:279) brei uit en sê dat "*drug misuse*" voorkom indien 'n geneesheer 'n middel om medies onaanvaarbare redes voorskryf, of volgens (Madden 1979:3) wanneer so 'n middel op 'n onaanvaarbare wyse gebruik word (bv. die pasiënt het nie die voorskrif korrek nagekom nie).

Teen die agtergrond van die gebruik van bogenoemde definisies, "*drug abuse*" en "*drug misuse*" is dit moontlik dat die evaluering van die twee terme naamlik "*drug abuse*" en "*drug misuse*" verwarrend kan wees. In die praktyk word daar normaalweg na "*drug misuse*" verwys indien geneesmiddels verkeerdelik of op 'n onaanvaarbare wyse gebruik word. Hierteenoor verwys "*drug abuse*" gewoonlik na die bepaalde gebruik van 'n onwettige dwelmmiddel of na die doelbewuste gebruik van 'n geneesmiddel vir die psigoaktiewe effek daarvan.

Samevattend kan daar gesê word dat Schuckit (1985:4) en Searl (1989:47) dwelmmisbruik as die oormatige of verslawende gebruik van genees- of dwelmmiddels beskou, wat vir nie-mediese doeleindes aangewend word, en wat gemoedstemminge verander. Volgens hierdie definisie word die inname van enige geneesmiddel wat vir 'n lang tydperk, of om die verkeerde redes, en/of in oormatige dosisse gebruik word, as 'n vorm van misbruik beskou. Dit sluit dus enersyds onwettige dwelmmiddels soos dagga, Mandrax, LSD, kokaïen, heroïen en andersyds wettige medikasie, alkohol, nikotien, kafeïen en inhaleermiddels in.

Wanneer daar na die evaluering van die misbruik en die afhanklikheidsvorming van dwelmmiddels gekyk word, sal verwarring grootliks uitgeskakel word, indien die kriteria wat daar hiervoor in die DSM III-R (1987:167-169) bestaan, gebruik word. Nirenberg & Maisto (1987:36) lê klem daarop dat die onderskeid wat daar gemaak moet word tussen dwelmmisbruik en -afhanklikheid noodsaaklik is aangesien dit soveel implikasies vir die tipe behandeling sowel as die eindresultaat van die behandelingsprogram, inhou. Vir die doel van hierdie navorsingsverslag sal daar dus hoofsaaklik gekyk word na die DSM III-R (1987:167-169) se diagnostiese kriteria vir dwelmmisbruik en -afhanklikheid.

#### (i) DSM III-R se diagnostiese kriteria vir dwelmmisbruik

Die DSM III-R (1987:169) se diagnostiese kriteria vir dwelmmisbruik, ontfelw psigoaktiewe substansiemisbruik, word opgedeel in die volgende drie kategorieë naamlik kategorie A, B en C. 'n Persoon moet vir al drie kategorieë kwalifiseer alvorens dwelmmisbruik gediagnoseer kan word. Die diagnose kan slegs gemaak word indien die persoon voldoen aan een van die simptome wat in kategorie A voorkom en waar dit vir ten minste een maand of langer (bv. ses maande) voorkom (kategorie B), en waar dit nie voldoen aan die kriteria van afhanklikheid (kategorie C) nie.

## KATEGORIE A

'n Moeilik aanwendbare patroon van dwelmgebruik (psigoaktiewe substansiegebruik) kom voor waar daar ten minste een van die volgende simptome teenwoordig is:

### Simpoom 1

Volgehoue gebruik van die dwelmmiddel, ongeag die wete wat daar by die persoon bestaan dat sy/haar dwelmgebruik volgehoue of herhaaldelike sosiale, psigologiese, fisieke en/of beroepsprobleme veroorsaak en/of vererger.

### Simpoom 2

Daar moet die herhaaldelike gebruik van 'n dwelmmiddel wees wat dan sodoende fisieke rampspoed en probleme veroorsaak (bv. die persoon bestuur terwyl hy onder die invloed van alkohol verkeer).

## KATEGORIE B

Die persoon word uitgeken aan sommige van die simptome van psigoaktiewe substansiemisbruik en gemelde simptome is vir ten minste een maand teenwoordig, of kom herhaaldelik oor 'n langer periode voor. (Bv. 'n skolier misbruik dagga oor 'n paar naweke wat dan daartoe lei dat hy soms van sy skool afwesig is ten einde sy dwelmgebruik voort te sit - en hier is dan ook geen ander simptome teenwoordig nie).

## KATEGORIE C

Die persoon voldoen nie aan enige van die kriteria, (wat later bespreek sal word) vir **dwelmafhanklikheid** (psigoaktiewe substansie afhanklikheid) vir 'n spesifieke dwelmmiddel nie.

Die diagnose van dwelmmisbruik geskied dus volgens die gemelde kriteria van die DSM III-R (1987). 'n Persoon moet gediagnoseer word volgens **kategorieë A, B en C**. Indien so 'n persoon voldoen aan die vereistes vir Kategorie A, maar nie aan dié vir Kategorie B en C nie, word die persoon se dwelmgebruik nie as dwelmmisbruik geklassifiseer nie.

Lewis, Dana & Blevins (1988:107-108) dui aan dat vir die behandeling van die dwelmgebruiker of -afhanklike dit noodsaaklik is dat daar 'n volledige assessering sal geskied ten einde 'n deeglik diagnose volgens die DSM III-R te kan maak. Sodoende is die maatskaplike werker by magte om 'n hulpverleningsproses te beplan en te inisiëer asook om met ander professionele persone te beraadslaag en te beplan. Dit volg dus hieruit dat die DSM III-R die mees effektiewe instrument is vir die betrokke beraders wat met die dwelmgebruiker werksaam is. Die skrywers wys daarop dat voordat die betrokke beraders die DSM III-R se diagnostiese kriteria (vir die dwelmmisbruik en -afhanklikheid) gebruik, dit noodsaaklik is dat opleeswerk en opleiding ten opsigte van die DSM III-R sal moet geskied.



### 2.2.4 Toleransie

Skrywers (De Miranda 1987:6, Julien 1981:24, Kaplan & Sadock 1991:279, Kitching & Rossouw 1990:57, Liska 1981:5, Loedolff & Louw 1973:3, Louw 1989:343, Ray 1983:129, Schuckit 1985:4 en Searl 1989:55) en die Psigologiewoordeboek (1987:368), definieer toleransie as die fisieke toestand wat daar by 'n persoon ontstaan wanneer die uitwerking van 'n dwelmmiddel afneem. Dit is met ander woorde die vermoë van die liggaam om 'n weerstand teen sekere dwelms op te bou wat daartoe lei dat groter dosisse nodig word om dieselfde aanvanklike uitwerking te verseker. De Miranda (1987), die DSM III-R (1987), Liska (1981), Loedolff & Louw (1973), Louw (1989) en Searl (1989) is dit eens dat toleransie een van die sleutelkomponente van dwelmafhanklikheid is.

Julien (1981:24) definieer ook toleransie as die toenemende verminderende reaksie wat die dwelmmiddel op die persoon het, maar verskil egter ten opsigte van die volgende punte. Bogenoemde skrywer verduidelik dat alhoewel toleransie en fisieke afhanklikheid in verband met mekaar gebring kan word, fisieke afhanklikheid 'n geheel ander verskynsel is. Afhanklikheid word gediagnoseer wanneer daar 'n tydperk verloop het nadat dwelminname gestaak is en onttrekkingsimptome teenwoordig is. Onttrekkingsimptome verdwyn sodra dwelminname voortgesit word. Die skrywer is van mening dat toleransie kan ontstaan deur indirekte fisiologiese werkinge selfs in die afwesigheid van fisieke afhanklikheid. In ooreenstemming hiermee beklemtoon De Miranda (1987:87) dat toleransie normaalweg, maar nie as 'n reël nie, saam met chemiese afhanklikheid ontwikkeling, met ander woorde toleransie kan sonder chemiese afhanklikheid teenwoordig wees.

Samevattend verduidelik Loedolff & Louw (1973:3) en Wills (1974:18) dat afhanklikheid uit drie komponente bestaan, naamlik toleransie, fisieke afhanklikheid (wat gekenmerk word deur onttrekkingsimptome wanneer inname gestaak word) en psigiese afhanklikheid. De Miranda (1987:5) verduidelik verder dat die fisiologiese of biochemiese komponent van dwelmafhanklikheid eerstens daaruit bestaan dat die persoon gewoonlik toleransie vir die dwelmmiddel ontwikkel waarna onttrekking volg. Dit blyk dus uit bogenoemde beskouing dat met volgehoue dwelminname, toleransie normaalweg ontstaan en dit veroorsaak dat groter hoeveelhede van die dwelmmiddel ingeneem moet word om dieselfde effek te verseker. Die progressiewe wisselwerking tussen verhoogde inname en toleransie kan uiteindelik tot afhanklikheid lei.

### 2.2.5 Kruistoleransie

Kruistoleransie ontstaan wanneer toleransie vir een tipe dwelmmiddel of 'n groep dwelmmiddels ontwikkel as gevolg van die inname van 'n ander tipe dwelmmiddel in dieselfde klas (Kaplan & Sadock 1991:279, Loedolff & Louw 1973:4 en Louw 1989:343, Schuckit 1985:4 en Swinson & Eaves 1987:55). Bogenoemde skrywers verduidelik dat toleransie nie slegs ten opsigte van die spesifieke misbruike middel ontwikkel nie, maar terselfdertyd ook 'n toleransie ontwikkel vir ander middels wat tot dieselfde farmakologiese klas of groep behoort. Hierdie ander middels waarvoor die persoon 'n toleransie ontwikkel, hoef nie noodwendig in daardie stadium gebruik of misbruik te word nie. Ter illustrasie hiervan sê Julien (1981:158) dat kruistoleransie sodoende tussen LSD en meskalin kan ontwikkel, tussen morfine en heroïne, asook tussen alkohol en barbiturate wat deur Swinson & Eaves (1987:55) bevestig word.



## 2.2.6 Dwelmafhanklikheid

Vir die doel van hierdie studie word die volgende terme as sinoniem beskou:

*afhanklikheid, verslawing, psigoaktiewe substansie-afhanklikheid en gewoontevormend.*

In hierdie navorsingsverslag sal die term "*afhanklikheid*" deurgaans gebruik word. Verskeie skrywers (De Miranda 1987:5, Kaplan & Sadock 1991:279, Louw 1989:342, Searl 1989:52, Schuckit 1985:4 en Van der Westhuizen & Fourie 1988:5) en die Psigologiewoordeboek (1987:353), se definisies van afhanklikheid stem ooreen daarin dat afhanklikheid in sy fisieke en psigologiese staat gekenmerk word deur 'n voortdurende hunkering na die dwelmmiddel, ten einde die persoon se funksionering te kan verseker en om onttrekkingsimptome te verhoed.

By nadere bestudering van hierdie definisies wat vervolgens bespreek gaan word, is dit egter moontlik dat daar verwarring kan ontstaan oor die terminologie wat gebruik word om afhanklikheid te beskryf. Louw (1989:342) bespreek onder dwelmafhanklikheid die terme verslawing, gewoontevorming, psigiese en fisieke afhanklikheid. Die twee terme *verslawing* en *gewoontevorming* is in die sestigerjare gebruik en het baie verwarring veroorsaak aangesien hierdie twee terme gebruik was om die aard en intensiteit van afhanklikheid te omskryf. As gevolg van hierdie verwarring het die Wêreldgesondheidsorganisasie in 1964 dié twee terme vervang met *dwelmafhanklikheid* wat dan fisieke én psigiese afhanklikheid insluit (Kaplan & Sadock 1991:279, Kitching & Rossouw 1990:55 en Louw 1989:342).

Daar word gevind dat die term *verslawing* deur leke sowel as professionele persone in die praktyk verkeerdelik gebruik word om die chroniese fase van afhanklikheid te beskryf en om die erns van die probleem te beklemtoon. Kaplan & Sadock (1991:279) verduidelik dat ten spyte daarvan dat die term *verslawing* vervang is met die term *dwelmafhanklikheid*, verslawing nog steeds gebruik word om te verwys na die psigiese staat van 'n persoon wat fisiek van 'n dwelmmiddel afhanklik is en wie se optrede deur gedragsverandering gekenmerk word in 'n poging om die huidige dwelmgebruik te verseker. Die korrekte term vir hierdie gemelde psigiese staat wat die dwelmgebruiker nodig het om stres, spanning en depressie te hanteer, word beskryf as *psigiese afhanklikheid* (Bouwer 1984:3). Die term *verslawing* word volgens Kaplan & Sadock (1991:279) ook gebruik om te verwys na 'n persoon se onvermoë om dwelminname te staak, en hierdie onvermoë is veroorsaak deur 'n fisieke afhanklikheid. *Verslawing* word ook gebruik om die fisiologiese en psigologiese agteruitgang wat daar as gevolg van voortdurende dwelmmisbruik ontstaan, te beskryf. Die verkeerdelik gebruik van die term *verslawing* veroorsaak verwarring omrede dit te maklik vir verskillende verskyningsvorme van afhanklikheid gebruik word. Dit is belangrik vir die maatskaplike werker dat die korrekte terminologie, naamlik "*fisieke*-" en "*psigiese afhanklikheid*" gebruik sal word om sodoende meer effektief in die opvoedingstaak aan die dwelmafhanklike en gesinslede te kan optree.

Bouwer (1984:3), De Miranda (1987:6), Kaplan & Sadock (1991:279), Louw (1989:342), Schuckit (1985:4) en Searl (1989:52) stem ooreen daarin dat die term afhanklikheid *psigiese en/of fisieke afhanklikheid* omskryf. Volgens Kaplan & Sadock (1991) verwys psigiese afhanklikheid ook na gewoontevorming wat deur 'n voortdurende hunkering na die dwelmmiddel gekenmerk word, en fisieke afhanklikheid verwys na die behoefte van die persoon om die

dwelminname in stand te hou ten einde onttrekkingsimptome te verhoed. Louw (1989:342) sluit hierby aan en definieer **fisieke afhanklikheid** as "...die toestand wat ontstaan wanneer die liggaamswaerfel so afhanklik van 'n dwelmmiddel is dat dit nie daarsonder normaal kan funksioneer nie...", en **psigiese afhanklikheid** as "...'n oorheersende sug na die betrokke dwelmmiddel indien die misbruik daarvan gestaak word...". Volgens Louw (1989:343) verskil psigiese afhanklikheid van middel tot middel, asook van persoon tot persoon en kom dit gewoonlik saam met fisieke afhanklikheid voor. Na aanleiding van Louw (1989) se definisie is dit dus moontlik dat daar by 'n persoon 'n psigiese afhanklikheid teenwoordig kan wees sonder dat daar 'n fisieke afhanklikheid ook noodwendig voorkom.

Searl (1989:52) sluit aan by die bogenoemde skrywers se definisies en beskryf **fisieke afhanklikheid** as 'n voortgesette behoefte wat die liggaam aan 'n spesifieke dwelmmiddel het. Die gebruiker daarvan toon dan 'n intense drang na die dwelmmiddel en sal fisieke tekens van ongemak ervaar wanneer die gebruik van die dwelmmiddel gestaak word. **Psigiese afhanklikheid** word deur Searl (1989) gedefinieer as 'n intense geestelike hunkering na die aangename uitwerking van die bepaalde dwelmmiddel wat misbruik word. Die afhanklike persoon maak staat op die dwelmmiddel om 'n gevoel van welsyn te verseker en dit kan sover gevoer word dat 'n stadium bereik word waar normale funksionering afhang van die inname van so 'n dwelmmiddel. Obsessionele gedrag (dit wil sê alle aktiwiteite word toegespits op die verkryging en die gebruik van die dwelmmiddel) kom in ernstige gevalle van psigiese afhanklikheid voor.

Kitching & Rossouw (1990:55) en Searl (1989:52) se vertaling van die Wêreldgesondheidsorganisasie se definisie (1969) van dwelmafhanklikheid, stem ooreen. Searl (1989:52) se vertaling word vervolgens aangehaal:

*"'n Toestand, psigies en soms fisiek, wat deur die interaksie tussen 'n lewende organisme en 'n dwelmmiddel veroorsaak word, en gekenmerk word deur gedrags- en ander reaksies wat altyd 'n drang insluit om die dwelmmiddel op 'n voortgesette of periodieke basis te neem om die psigiese uitwerkings daarvan te ervaar en soms om die ongemak van die afwesigheid daarvan te vermy. Toleransie kan aanwesig wees of nie" (Searl 1989:52).*

Volgens die DSM III-R (1987:166) word die term afhanklikheid, meer spesifiek psigoaktiewe substansie-afhanklikheid verduidelik as kognitiewe-, psigologiese- en gedragsimptome wat indikatore is van verminderde kontrole en die gereelde gebruik van psigoaktiewe substansie, afgesien van die gevolge daarvan wat dit vir die persoon inhou. Hierdie definisie van afhanklikheid korreleer met dié van die Wêreldgesondheidsorganisasie, alhoewel met betrekking tot die DSM III-R se definisie van afhanklikheid, die erns van die afhanklikheid volgens uiteengesette indikatore bepaal word.

#### (i) DSM III-R se diagnostiese kriteria vir afhanklikheid van psigoaktiewe substansies

Die simptome van afhanklikheid, volgens die DSM III-R (1987:166-168) word in twee kategorieë verdeel, naamlik Kategorie A en Kategorie B. Onder Kategorie A sorteer nege simptome. Drie van hierdie nege geïdentifiseerde simptome moet teenwoordig wees ten einde 'n diagnose te kan maak. Die tweede kategorie (**Kategorie B**) meld dat



die simptome van die versteuring (psigoaktiewe substansie afhanklikheid) enersyds vir 'n periode van ten minste een maand voortdurend teenwoordig moet wees, of andersyds dat dit herhaaldelik vir 'n langer periode voorgekom het.

Die uiteensetting van hierdie twee diagnostiese kriteria vir afhanklikheid soos in die DSM III-R (1987:168) vervat, word vervolgens verduidelik en toegepas.

## KATEGORIE A

Minstens drie van die volgende simptome moet teenwoordig wees ten einde 'n diagnose te kan maak:

### Simptoom 1

Die dwelmmiddel word dikwels in groter hoeveelhede ingeneem of word oor 'n langer periode gebruik as wat aanvanklik beoog is. Die persoon besluit byvoorbeeld om slegs een daggasigaret te rook, maar staak nie na die eerste een nie en die daggagebruik verloop oor 'n langer periode van tyd as wat beoog is.

### Simptoom 2

Daar bestaan 'n volgehoue begeerte om die dwelmmiddel in te neem, of daar was een of meer onsuksesvolle poging(s) om die gebruik te beheer of te verminder.

### Simptoom 3

Daar word baie tyd daaraan bestee om die dwelmmiddel te bekom (bv. deur middel van diefstal); om dit in te neem (bv. kettingrook), of om van die uitwerking daarvan te herstel (bv. babelaas). In geringe gevalle bestee die persoon baie tyd aan die inneem van die dwelmmiddel alhoewel hy steeds daartoe instaat is om voort te gaan met sy met alledaagse aktiwiteite. In akute gevalle bestee die persoon al sy tyd en aandag daaraan om die dwelmmiddel te bekom, dit dan te gebruik en om van die nagevolge te herstel.

### Simptoom 4

Herhaalde intoksikasie of onttrekkingsimptome na gebruik kom voor wanneer rolverpligtinge soos werk, skool of gesinsaktiwiteite uitgevoer behoort te word (bv. die persoon gaan nie werk toe nie as gevolg van die nuwe-effekte van die dwelmmiddel, of hy gaan werk toe terwyl hy onder die invloed daarvan verkeer); of wanneer die gebruik van die dwelmmiddel gevaar vir die gebruiker inhou (bv. bestuur onder die invloed).

### Simptoom 5

Belangrike sosiale-, beroeps- of ontspanningsaktiwiteite word gestaak of neem af vanweë die gebruik van dwelmmiddels. (Bv. die persoon onttrek aan sy gesinsaktiwiteite en/of stokperdjies ten einde meer tyd saam met sy vriende (wat ook dwelmmiddels gebruik) te kan deurbring of onttrek sodoende om die dwelmmiddel afgesonderd te kan gebruik.



**Simptoom 6**

Voortgesette gebruik van die dwelmmiddel ongeag die besef dat die gebruik daarvan volgehoe of herhaalde sosiale, psigologiese of fisieke probleme tot gevolg het (bv. die volgehoe gebruik van Mandrax ongeag die gesinstruweling wat dit veroorsaak; of die teenwoordigheid van 'n peptiese ulkus wat deur alkoholgebruik vererger word). Die persoon gaan dus nietemin voort met die gebruik van die dwelmmiddel, ongeag die feit dat dit vir hom probleme veroorsaak en/of vererger.

**Simptoom 7**

Opmerklike toleransie: Die behoefte aan opvallend verhoogde hoeveelhede van 'n dwelmmiddel (minstens 50% toename) ten einde intoksikasie of die verlangde effek daarvan te verkry. Die omgekeerde geld ook, naamlik 'n merkbare vermindering met betrekking tot die uitwerking wat voorgesette gebruik van dieselfde hoeveelheid van die dwelmmiddel, op die persoon het.

**Simptoom 8**

Kenmerkende onttrekkingsimptome. Die kenmerkende onttrekkingsimptome van Mandrax sal in hoofstuk 3 bespreek word. Volgens die DSM III-R is hierdie simptome nie op dagga, hallusinogene of PCP (fensiklidien) van toepassing nie.

**Simptoom 9**

Waar die persoon 'n dwelmmiddel inneem om sodoende onttrekkingsimptome te verlig of te vermy ten einde normale funksionering te kan verseker. (Bv. dwelmgebruik wat reeds vroeg in die dag begin word en in die loop van die dag voortgesit word). Volgens die DSM III-R is hierdie simptoom egter nie algemeen teenwoordig by dagga, hallusinogene of PCP-misbruik nie.

Uit bogenoemde is dit duidelik dat simptome 8 en 9, volgens die DSM III-R, nie op dagga, hallusinogene of PCP van toepassing gemaak kan word nie. Navorsers verskil egter ten opsigte van bogenoemde mening. In die praktyk word dikwels gesien dat onttrekkingsimptome teenwoordig is en dat die persoon dan die dwelmmiddel inneem om onttrekking te voorkom, veral in die geval waar dagga die dwelmmiddel is. Wat ander hallusinogene of PCP betref, mag simptome 8 en 9 moontlik van toepassing wees. Onttrekkingsimptome as gevolg van die staking van dagga-gebruik sal breedvoerig in Hoofstuk 3 bespreek word.

**KATEGORIE B**

Onder hierdie kategorie sorteer sommige simptome van die versteuring volgens Kategorie A wat ten minste vir een maand duur of simptome wat herhaaldelik oor 'n langer periode voorkom.

(ii) **DSM III-R se kriteria van die erns van die psigoaktiewe substansie-afhanklikheid**

Nadat dwelmafhanklikheid gediagnoseer is, moet die erns daarvan bepaal word. Die erns van die toestand kan as ligte, matige of erge afhanklikheid geklassifiseer word en word as volg bepaal:

**Ligte ("Mild") afhanklikheid:** Min simptome, maar meer as net dit wat nodig is om die diagnose te maak (drie simptome), is teenwoordig. Die simptome het hoogstens 'n beperkte nadelige uitwerking op die dwelmgebruiker se beroepsfunksionering, gewone sosiale aktiwiteite of verhoudingslewe.

**Matige ("Moderate") afhanklikheid:** Die aantal simptome of die nadelige uitwerking op die persoon se funksionering val tussen die "ligte" en "erge" kategorie.

**Erge ("Severe") afhanklikheid:** 'n Groter aantal simptome as wat nodig is om die diagnose te maak, kom voor. Die simptome beïnvloed die dwelmgebruiker se beroepsfunksionering, normale sosiale funksionering en/of verhoudingslewe op 'n merkbare wyse.

**DSM III-R kriteria vir remissie ten opsigte van dwelmafhanklikheid** is as volg:

Die erns van die afhanklikheidstoestand word in gedeeltelike of volle remissie gediagnoseer ten einde die intensiteit van die siektetoestand te bepaal. Remissie is die vermindering van die simptome of die afname in intensiteit van die siektetoestand (Psigologiese woordeboek 1987:306).

**Gedeeltelike remissie:** Waar die dwelmmiddel gedurende die voorafgaande ses maande (sporadies) gebruik is en daar sommige van die simptome van afhanklikheid voorkom. Daar is derhalwe 'n gedeeltelike vermindering van die simptome en/of 'n afname in die intensiteit van die afhanklikheid (DSM III-R 1987:168).

**Volle remissie:** Waar die dwelmmiddel gedurende die voorafgaande ses maande glad nie gebruik is nie, of waar dit gebruik is maar geen simptome van afhanklikheid het voorgekom nie (DSM III-R 1987:168).

Dwelmafhanklikheid kan dus geëvalueer word volgens die uiteensetting van die DSM III-R (1987:168) se diagnostiese kriteria van afhanklikheid, die sogenaamde erns van die dwelmafhanklikheid en volgens die kriteria van gedeeltelike of volle remissie. Ter verduideliking is die uiteensetting van die diagnostiese kriteria van afhanklikheid volgens Kategorie A en B gebruik. Volgens Kategorie A moet daar ten minste drie van die simptome teenwoordig wees en volgens Kategorie B moet hierdie simptome vir minstens een maand of langer geduur het.

Die erns van dwelmafhanklikheid word dus verder gediagnoseer as ligte, matige of erge afhanklikheid. **Ligte afhanklikheid** voldoen derhalwe aan ten minste drie simptome en 'n beperkte nadelige uitwerking ten opsigte van die persoon se sosiale, beroeps- en verhoudingsfunksionering. **Matige afhanklikheid** sluit meer as drie simptome in, maar minder as nege simptome is teenwoordig met betrekking tot die persoon se funksionering wat benadeel word.



*Erge afhanklikheid* het vele simptome en 'n merkbare invloed op die persoon se funksionering. Laastens word dwelmafhanklikheid ook volgens gedeeltelike of volle remissie gediagnoseer.

### 2.2.7 Poli-afhanklikheid

Poli-afhanklikheid kan gedefinieer word as die afhanklikheid ten opsigte van meer as een dwelmmiddel. Rogers & McMillin (1989:246) beskryf poli-afhanklikheid as die proses waarvolgens 'n persoon een dwelmmiddel misbruik (bv. dagga) en gelyktydig afhanklik raak van 'n ander dwelmmiddel (bv. alkohol of kokaïne). Die dwelmmiddel (dagga) wat aanvanklik misbruik is, word dan gebruik om die effek en/of gevolge van die primêre dwelmmiddel (kokaïne) te verlig of selfs te verhoed. Poli-afhanklikheid kan volgens die DSM III-R (1987:170) geëvalueer word na aanleiding van die kriteria dat 'n persoon se dwelmgebruik oor 'n periode van ten minste ses maande strek en hy dwelmmiddels uit minstens drie kategorieë van psigoaktiewe dwelmmiddels (uitsluitend nikotien en kafeïen) gebruik het. Die persoon voldoen derhalwe aan die diagnostiese kriteria van afhanklikheid vir 'n groep dwelmmiddels en nie net vir een spesifieke dwelmmiddel nie.

Daar word in die praktyk gevind dat 'n persoon afhanklikheid van Mandrax en alkohol ontwikkel wat beide primêr 'n kalmerende en sederende uitwerking op die sentrale senuweestelsel het. Ten einde die sensasies en nagevolge van alkohol en Mandrax te verlig en sodoende normale energievlakke en normale funksionering te verseker, misbruik die persoon 'n stimulant soos 'n eetlusdemper. Indien die persoon hierdie drie bogenoemde dwelmmiddels volgens die DSM III-R (1987:170) dus oor 'n periode van ses maande misbruik en voldoen aan die kriteria vir afhanklikheid vir al drie dwelmmiddels, word poli-afhanklikheid gediagnoseer.

Rogers & McMillin (1989:246) verduidelik verder dat wanneer 'n persoon se dwelmgebruik met dagga begin en so 'n persoon afhanklik raak van kokaïne, die begeerte vir dagga terugkeer sodra die persoon soberheid ten opsigte van kokaïne handhaaf. Die persoon het 'n hunkering na dagga as gevolg van die afwesigheid van die sterker dwelmmiddel, kokaïne. Die persoon redeneer dan dat dagga nooit 'n "probleem" was nie. Die effek wat die gebruik van die sekondêre middel, naamlik dagga op die persoon het, is die terugkeer van 'n hunkering na kokaïne wat dan moeilik onderdruk kan word.

In die diensveld van rehabilitasie kom poli-afhanklikheid algemeen voor. Wanneer die persoon by 'n rehabilitasieprogram inskakel, is dit wenslik dat soberheid ten opsigte van alle dwelmmiddels gehandhaaf word (Rogers & McMillin 1989:246). Soos Julien (1981:196) tereg opmerk is die moontlikheid goed dat iemand wat reeds 'n dwelmafhanklike is maklik afhanklik kan raak van 'n ander tipe dwelm. Dit is daarom juis belangrik dat die persoon aanvanklik soberheid van alle middels moet handhaaf, tensy sekere middels spesifiek vir die doel van onttrekking gebruik word.



### 2.2.8 Intoksikasie, onttrekkingsimptome/onthoudingsindroom

Intoksikasie volgens die DSM III-R (1987:116) word beskryf as "*The essential features of intoxication are maladaptive behavior and a substance-specific syndrome that are due to the recent ingestion of a psychoactive substance.*"

In teenstelling met intoksikasie wat wanaangepaste gedrag en 'n spesifieke substansie-sindroom verteenwoordig, word onttrekkingsimptome oftewel 'n onthoudingsindroom gekenmerk aan fisieke en/of psigiese simptome soos angs, spanning, oormatige sweet en krampe wat ervaar word wanneer die gebruik van die middel(s) gestaak word (Psigologiewoordeboek 1987:247 en Van der Westhuizen & Fourie 1988:6).

Onttrekkingsimptome kom dus voor nadat die inname van 'n dwelmiddel wat 'n persoon voorheen gereeld gebruik het, gestaak of verminder word. Dit het fisieke en psigiese simptome tot gevolg en kan gemeet word aan die periode en graad van onttrekking. Die duur en aard van onttrekking verskil van persoon tot persoon en word ook beïnvloed deur die tipe middel wat misbruik word (DSM III-R 1987:118 en Rogers & McMillin 1989:115).

### 2.2.9 Soberheid/geheelonthouding

In teenstelling met die definisies van intoksikasie en onttrekkingsimptome/onthoudingsindroom kan **soberheid of geheelonthouding** (anders as onthoudingsindroom) beskryf word as die fisieke staat van nie-intoksikasie in die proses waar dwelmiddels die liggaam verlaat het en dwelminname gestaak word. In aansluiting hierby tref Alkoholiste Anoniem (AA) 'n onderskeid tussen "droog", "soberheid" en "droog-dronk". AA is hoofsaaklik ingestel op alkoholafhanklikheid, maar dwelmafhanklikheid word nie deur hulle uitgesluit nie. Volgens AA se definisies impliseer "droog" dat die persoon vir 'n periode van tyd alkoholinnamte gestaak het, maar nie by 'n AA-program betrokke is nie. "Soberheid" verwys na die toestand waarin die persoon die AA-program volg en wat soberheid en gemoedsrus tot gevolg het. "Droog-dronk" impliseer dat die persoon sy alkoholinnamte gestaak het, maar steeds negatiewe gevoelens teenoor homself en ander koester. Hierdie toestand word gesien as die voorloper van 'n stadium wat weer tot alkoholmisbruik kan lei (Denzin 1987:131).

Teen die agtergrond van bogenoemde definisies verduidelik Tober (1991:28) verder dat wanneer gedwonge soberheid voorkom, moontlik as gevolg van 'n erge episode van dwelmmisbruik, of weens 'n krisis, of indien die persoon opgeneem word vir onttrekking, dit min te doen het met die persoon se eie besluit om sy dwelingerigtedrag te verander. Psigiese soberheid tree in wanneer 'n lang periode van fisieke soberheid en bepaalde gedragsverandering om hierdie toestand van soberheid te handhaaf, teenwoordig is. Bouwer (1984:7) beklemtoon dat fisieke afhanklikheid binne 'n paar dae gestaak kan word, terwyl dit weke of maande neem om 'n patroon van psigiese afhanklikheid te breek. Teen die agtergrond hiervan is die doel van behandeling dus om die persoon by te staan sodat onttrekking van die dwelmiddel kan geskied en deur middel van berading die patroon van psigiese afhanklikheid te breek sodat psigiese soberheid kan intree. Dit volg dus hieruit dat 'n persoon wat fisiek sober is, nie noodwendig al 'n staat van psigiese soberheid bereik het nie.

Soberheid kan derhalwe ingedeel word in fisieke en psigiese soberheid. Dit is belangrik dat albei hierdie aspekte gedurende die rehabilitasieproses geëvalueer word. Om fisieke en psigiese soberheid te verseker word 'n langtermyn proses vereis wat klem lê op gedragsverandering sodat albei hierdie aspekte van soberheid in stand gehou kan word.

## 2.3 SAMEVATTING

In hierdie hoofstuk is daar hoofsaaklik aandag geskenk aan die konsepte, definisies en terminologieë van dwelmafhanklikheid. Die term, *dwelmgebruik* word oor die algemeen gebruik om dwelminname te beskryf. Per definisie sluit hierdie term die gebruik van sosiaal aanvaarbare dwelmmiddels en geneesmiddels in. In die praktyk verwys *dwelmmisbruik* gewoonlik na die gebruik van onwettige dwelmmiddels en geneesmiddels. *Dwelmafhanklikheid* dui op die persoon se dwelminname veranderde gedragspatrone en funksionering tot gevolg het. Die korrekte gebruik van die terminologieë, dwelmmisbruik en dwelmafhanklikheid, impliseer dat die persoon se dwelmgebruik voldoen aan die vereiste van die diagnostiese kriteria volgens die DSM III-R (1987) ten opsigte van dwelmmisbruik en -afhanklikheid.

Die gebruik van terminologieë in die regte konteks, soos byvoorbeeld toleransie, kruistoleransie, poli-afhanklikheid, onttrekkingsimptome/onthoudingsindroom en soberheid/geheelonthouding is noodsaaklik wanneer dwelmgebruik geëvalueer en gediagnoseer word. Die DSM III-R se diagnostiese kriteria van dwelmmisbruik en -afhanklikheid is 'n noodsaaklike hulpmiddel vir die maatskaplike werker ten einde sinvolle hulpverlening te kan implementeer. Dit is belangrik dat voordat die DSM III-R as hulpmiddel gebruik word, die maatskaplike werker die nodige opleiding in verband hiermee ontvang.

In die volgende hoofstuk word spesifiek aandag geskenk aan die twee tipes dwelmmiddels, naamlik dagga en Mandrax, wat vir die doel van hierdie studie bestudeer is. Daar word hoofsaaklik aandag geskenk aan die historiese agtergrond, farmakologiese klassifikasie, gebruikswyses, fisieke en psigiese effek van die dwelmmiddels en die kwessie van afhanklikheid van bogenoemde twee dwelmmiddels.



## HOOFSTUK 3

### DWELMMIDDELS: DAGGA EN MANDRAX

#### 3.1 INLEIDING

In die voorafgaande hoofstuk word dit genoem dat vir die doel van hierdie navorsingsverslag daar na twee tipes dwelmmiddels, naamlik dagga en Mandrax gekyk gaan word. Die rede waarom hierdie twee dwelmmiddels uitgelig word, is as gevolg van die wydverspreide misbruik van dié dwelms wat voorkom soos blyk uit statistiese verslae van die verskillende buite- en binnepasiënte behandelingsentra in Kaapstad en omliggende stadsgebiede. Die misbruik van dagga en Mandrax blyk volgens persentasies die hoogste te wees (Barnard 1990, Barnard 1991, Barnard 1992, Barnard 1993, Karasellos 1990, Karasellos 1991, Karasellos 1992 en Wood 1991).

Ook kan die afleiding uit die literatuur gemaak word dat die verskynsel van dagga en Mandrax wat saam gerook word veral in die Suid-Afrikaanse samelewing voorkom (Bouwer 1984:4, De Miranda 1987:23 en Kitching & Rossouw 1990:28). Vanweë hierdie tendens en die hoë voorkoms van die misbruik van hierdie twee dwelmmiddels sal daar spesifiek gekyk word na die historiese agtergrond, farmakologiese klassifikasies, gebruikswyses, die subkulture, intoksikasie en die fisieke en psigologiese effek van die betrokke dwelmmiddels.

#### 3.2 DAGGA

##### 3.2.1 Historiese agtergrond

Met verwysing na die historiese agtergrond van dagga sal die oorsprong, botaniese agtergrond, tipes en variëteite van dagga bespreek word.

##### (a) Oorsprong

Volgens Cohen (1985:23) het dagga, oftewel marijuana, sy oorsprong van 'n Indiese vlasplant. In 1753 het Linnaeus aan dagga die botaniese naam, *Cannabis Sativa* gegee. Die term Cannabis word afgelei van kannabinoïedes, laasgenoemde is 'n klassifikasie van chemiese komponente. Hierdie eienskap van chemiese komponente is uniek aan die daggaplant en is primêr verantwoordelik vir die ongewone psigoaktiewe effek wat hierdie dwelmmiddel het.

Die daggaplant het volgens Du Toit (1980:6) sy oorsprong in die halfwoestyn-streke oos en wes van die Kaspiese See. Daarna het die plant geleidelik na die Himalayas en sentraal Asië versprei. Bloomquist (1969:18) sê dat daar Chinese geskrifte is wat daarop dui dat dagga moontlik sy oorsprong êrens noord van die Himalaya gebergte het.



Die meeste skrywers is onseker oor presies wanneer dagga as psigoaktiewe middel bekend geraak het, maar volgens Du Toit (1980:6) en Loedolff & Louw (1973:51) dui antieke geskrifte daarop dat die vesels van die daggaplant reeds in 3000 v.C. in toue gevleg is, die stingels gebruik is om materiaal en gare te maak en dat dagga toe reeds vir medisinale redes asook vir die euforiese effek daarvan aangewend is. Volgens Bloomquist (1969:18) was dit aanvanklik die enigste doel waarvoor die Chinese die plant gebruik het. Sekere skrywers (Bloomquist 1969:21 en Loedolff & Louw 1973:51) voeg hierby dat die Assiriërs reeds in 650 v.C. dit in tou, vesels en klere gebruik het, sowel as om dit as 'n medisinale middel vir emosionele versteurings soos bv. depressie, te gebruik. Intussen het die euforiese uitwerking van dagga gou inslag gevind onder die inwoners van Antieke Indië, soveel so dat dagga in Indië die "*Plant van Geiuk*" genoem is. Dit wil dus voorkom asof die ontstaan van dagga as psigoaktiewe middel sy oorsprong in Indië het.

Die mees bekende verwysing na dagga in die ou geskrifte dateer terug uit die tyd van die Chinese keiser Shen Nung wat in 2737 v.C. 'n farmakologiese handleiding geskryf het en die mediese en heilende kwaliteite van dagga uitgewys het. Volgens Bloomquist (1969:19), Grobbelaar (1972:16) en Loedolff & Louw (1973:51) het Shen Nung in hierdie farmakologiese handleiding melding gemaak van die euforiese uitwerking van dagga en die mediese nut van dagga in die behandeling van siektes soos malaria, en ander probleme soos hardlywigheid, reumatiek en vergeetagtigheid. Hierbenewens het hy ook 'n afkeur gehad in die populêre gebruik van dagga in daardie tyd, naamlik dat dit as die "*Bevryder van Sonde*" bekend gestaan het. Goode (1970:12) verduidelik dat dit blyk uit die geskrifte dat Shen Nung 'n mitoloog en een van die mees gerespekteerde figure was in die periode voor die revolusie in China. Ook was hy die inisieërder van landbou en hy het 'n aandeel in die Chinese volksgodsdiens gehad.

Bloomquist (1969:24) en Loedolff & Louw (1973:52) sê dat *Cannabis* in 500 n.C. in die hele Europa (behalwe die mees westelike streke) as euforiese middel beskikbaar was en gebruik is. In Amerika is die plant aan die begin van die 17de eeu vir sy veselinhoud, wat vir die vervaardiging van klerasie benodig is, gekweek. Die misbruik van dagga het eers in die 20ste eeu aldaar begin. Du Toit (1980:28) en Loedolff & Louw (1973:52) noem voorts dat die oorsprong van dagga in Suidelike Afrika onbekend is alhoewel Jan van Riebeeck van die Hottentotte wat dagga eet en dronk word in sy dagboek geskryf het: "...*daccha...sijnde een droogh cruijt dat de Hottentots eeten ende dronchen dan worden*" (Loedolff & Louw 1973:52). Die skrywers Grobbelaar (1972:35) en Loedolff & Louw (1973:52) beweer dat Jan van Riebeeck die woord "*da: cha*" van die Hottentotwoord "*daxab*" afgelei het, vandaar die Suid-Afrikaanse woord dagga. Daar bestaan sekere oorleweringe dat die Zoeloes tydens die aanvalle op die Voortrekkers dikwels onder die invloed van dagga was. Blanke koloniste het dagga dikwels as boererate aangewend, onder andere vir hoë bloeddruk, hoofpyn en slangbyt.

Soos Goode (1970:12) tereg opmerk, is dit moeilik om die presiese geskiedenis van dagga en die verskillende gebruike daarvan in die wêreld van daardie tyd te bepaal. Dit wil voorkom asof die skrywers wat die agtergrondgeskiedenis van dagga nagevors het, onseker is oor presies wanneer die gebruik van dagga as 'n dwelmiddel ontstaan het, alhoewel daar geskrifte is wat daarop dui dat die gebruik van dagga terugdateer na die vierde dekadde v.C.

Uit die voorafgaande bespreking is dit dus duidelik dat dagga nie 'n nuwe verskynsel is nie en nie 'n dwelmmiddel is wat slegs in die twintigste eeu voorkom nie. Daar is wel die laaste eeu gekyk na die effek wat die dwelmmiddel op die mens se fisieke en psigologiese funksionering het.

#### (b) Botaniese agtergrond

Cohen (1985:16) wys spesifiek drie verskillende spesies van die *Cannabis* plant uit. Die verskille tussen hierdie spesies kom voor ten opsigte van die groeihoogte, die blaarvorm en die takstruktuur, asook die klimaat waarin dit voorkom. Daarbenewens is die effek wat dit as dwelmmiddel het, ook 'n punt van onderskeid. Die drie spesies verskil as volg: (1) *Cannabis Sativa* groei tot 5,4 meter hoog, het 'n bosserige takstruktuur en groei die beste in 'n koel, klam klimaat. (2) *Cannabis Indica* word ongeveer 1,2 meter hoog, is 'n tregtervormige plant en aard baie goed in 'n warm, droë klimaat. (3) *Cannabis Ruderalis* groei tussen 30-76 cm hoog, is 'n digte plant met geen takke nie en kom hoofsaaklik in die Gemenebes van Onafhanklike State (G.O.S.) voor.

Goode (1970:16) verduidelik voorts dat die konsentrasie waarin die psigoaktiewe komponent tetrahidrokannabinol (THK) in die *Cannabis Sativa*-plant se subspesies voorkom van plant tot plant verskil en dat dit deur die volgende faktore bepaal word: die geslag van die plant, die oestyd, die metode wat gebruik is om die plant te oes, die streek waarin dit voorkom, en die hoeveelheid harpui wat in die plant teenwoordig is. Die vroulike plant produseer onder gunstige omstandighede meer gekonsentreerde hoeveelhede tetrahidrokannabinol. Wanneer die dagga egter te vroeg (voordat harpui gevorm het) of te laat (wanneer bestuiwing reeds plaasgevind het) geoes word, is dit minder gekonsentreerd. Dit blyk ook dat indien die vroulike plant eers geoes word nádat die manlike plant geoes is, daar 'n baie kragtiger psigoaktiewe komponent (THK) teenwoordig is, en is by wyse van spreke "sterk" dagga; in teenstelling met wanneer hulle albei gelyktydig geoes word. Plante wat in 'n warm, droë klimaat groei, produseer die sterkste dagga. Die hoeveelheid harpui, ofstewel blomtoppe wat teenwoordig is, bepaal die sterkte van die dagga. Hoe hoër die blare groei, hoe meer harpui (wat die meeste van die psigoaktiewe komponent bevat) produseer die plant. Om hierdie rede is "hashish", wat uit saamgeperste blomtoppe bestaan, sterker as gewone dagga, laasgenoemde bestaan gewoonlik uit die blare en stingels van die plant. Volgens Goode (1970) is "hashish" vyf maal sterker as die mengsel van blare en stingels. Cohen (1985:25) onderskryf bogenoemde bevindinge en voeg by dat die metode van berging wat gebruik word ook 'n rol in die sterkte van die dagga speel.

Dagga uit verskillende wêrelddele verskil ten opsigte van hul sterkte. Loedolff & Louw (1973:53) is dit eens dat "hashish" of "hasjisj", wat van Indië afkomstig is, een van die sterkste vorms van dagga is. Die skrywers verduidelik dat die woord "hasjisj" afgelei is van die woord *Hashishins*. Die *Hashishins* was 'n antieke Perseiese struikrowers in die 11de eeu wat dagga gebruik het voordat hulle strooptogte onderneem. Interessant dat die Engelse woord "assasin" wat sluipmoordenaar beteken afgelei is van *Hashishins*. Verder is "ganja" vanuit die Verre Ooste minder sterk as "hashish", terwyl "marijuana" uit Amerika selfs nog swakker uitwerking het. Laasgenoemde is ongeveer 'n sesde so sterk soos "hashish". Offermeier & Meyer (1983:33) beklemtoon dat die tipe dagga wat in Suid-Afrika gevind word van hoogstaande gehalte is, en dat dit 'n hoë konsentrasie tetrahidrokannabinol (THK) bevat. Loedolff & Louw (1973:53) en Offermeier & Meyer (1983:32) brei uit en sê dat die dagga wat aan die Natalse kus groei, die sogenaamde "Durban Poison", sterker is as die dagga wat in die Hoëveld groei, en dat dit as gevolg van



die klimaat, so onderskei word. "*Durban Poison*" is hoofsaaklik saamgeperste blomtoppe, of "*koppe*", soos dit in die daggasubkultuur bekendstaan. Dit stem sterk ooreen met "*hashish*" wat soos reeds genoem is, uit saamgeperste blomtoppe bestaan. Rastafariërs in Suid-Afrika verwys hoofsaaklik na dagga as "*ganja*". Hierdie benaming is nie soseer 'n indikasie van die sterkte van die dagga nie, maar bloot die terminologie van dié subkultuur. Rastafariërs, volgens Scarl (1989:67), is lede van 'n godsdienstige kultus wat sterk met daggagebruik geassosieër word. Rastafarianisme is afkomstig uit Wes-Indië en word soms die "godsdienst van die onderdruktes" genoem. Rastafariërs word gewoonlik gekenmerk aan die wyse waarop hulle hulle hare in vlegsels rol (*dreadlocks*), aan hul klere wat die kenmerkende 'Rasta-kleure' in het, naamlik 'n kombinasie van geel, groen, rooi en swart.

(c) Tipes en variëteite (*Cannabis Sativa*)

Ten einde verwarring uit te skakel word die verskillende benaminge van die vorms afkomstig van die *Cannabis Sativa*-plant kortliks bespreek. *Cannabis*, *marijuana* en *dagga* word in die literatuur as sinonieme gebruik. *Marijuana*, of *dagga* soos dit in Suid-Afrika bekendstaan, verwys na die droë blare en blomme van die *Cannabis Sativa*-plant. *Hasjisj* of *hashish* verwys na die klewerige gom en saamgeperste blomme van die plant *Cannabis Sativa*. *Hasjisj-olie* is afkomstig van die harpui van die *Cannabis Sativa*-plant, wat verkry word uit 'n distileringsproses van die blomtoppe in 'n oplossing, bv. alkohol of chirurgiese spiritus. Wanneer die mengsel verhit en gefiltreer word, vorm dit 'n dik, taai stof wat as hasjisj-olie bekend staan (De Miranda 1987, *Drug Abuse Digest* 1990, Madden 1979, Ray 1983 en Stockly 1986).

Die psigoaktiewe komponent van dagga, **tetrahidrokannabinol (THK)** kom in die meeste dele van die plant voor. Soos reeds genoem, bevat die harpui die hoogste konsentrasie THK. Die harpui word deur die boonste blare van die stingel, die skutblare (die blare net onderkant die blomme), afgeskei, sowel as in die blomme (Cohen 1985:20). Cohen (1985) lig die verskillende vorms van die *Cannabis Sativa*-plant as volg uit, *tabak*, *sinsemiela*, *hashish*, *hashish-olie* en *hashish-kristalle*. Die *tabak* is die blare, stingels en sade wat nadat dit gedroog is, opgesny word en as "*grass*" bekend staan. Hierdie vorm van dagga bevat ongeveer 1%-2% THK. *Sinsemiela* is 'n Spaanse woord wat "sonder pitte" beteken. Dit verwys na 'n kultiveringsproses waar die vroulike plant nie bestuif word nie en dan pitloos is. Dit bevat tot 6% THK. *Hashish* word gemaak van die droë, saamgeperste blomme en van die blare wat harpui bevat. Hashish bevat 8% - 14% THK en, volgens Julien (1981: 169), tot soveel as tussen 5% - 20% THK. *Hashish-olie* bevat tussen 15% - 40% THK, en volgens Julien (1981:169) tussen 20% - 70% THK. Hierdie hashish-olie is die sterkste vorm van dagga.

Die sterkte van die dagga wat op straat verhandel word, is moeilik om te bepaal. Cohen (1985:14) en Ray (1983:42) is van mening dat dagga deesdae sterker is as voorheen. In 1974 was die gemiddelde persentasie sterkte van die THK in dagga, in Amerika een persent, terwyl dit in 1979 na vyf persent gestyg het. Volgens bogenoemde skrywers is die gemiddelde hoeveelheid THK in dagga tussen 0 - 11%. Hierdie syfers is nie noodwendig getrou ten opsigte van die dagga wat in Suid-Afrika gekweek word nie, aangesien dit 'n alombekende feit is dat baie sterker dagga in die land aangetref word as in ander lande. Offermeier & Meyer (1983:33) wys daarop dat vergelykings ten opsigte van die THK-inhoud in dagga uit verskeie lande onteenseglik daarop dui dat Suid-Afrikaanse dagga van die sterkste ter wêreld is. Soos reeds bespreek, word die sterkte na aanleiding van bepalende faktore gemeet. Du Toit (1980:395) en



Loedolff & Louw (1973:53) onderskryf hierdie stelling en voer aan dat "*Durban Poison*" gesien kan word as een van die sterkste vorms van dagga met 'n baie hoë markwaarde.

Suidelike Afrika is 'n groot produsent van dagga en dit is alombekend dat dit dagga van 'n hoë gehalte is, sogenaamde "sterk" dagga. Alhoewel die dagga wat in verskillende streke voorkom onder verskillende name bekend staan, is dit hoofsaaklik die *Cannabis Sativa*-plant wat in Suidelike Afrika gekweek word. Natal se "*Durban Poison*" word beskou as een van die sterkste soorte daggas, en daarbenewens word "*Maritzburg slugs*" (ook van Natal), Malawi se "*Malawi Cobs*" of "*Malawi Gold*", Transkei se "*Rooibaard*", "*Lutsiki-Tsiki*", "*Mpondoe*", "*Transkei-Heads*", "*Mpandi-Heads*", "*Koffiebuy-Specials*", Swaziland se "*Swazi Gold*" en Lesotho se "*Lesotho Slugs*" as goeie of sogenaamde sterk dagga beskou. In die praktyk is gevind dat die gewildheid van die soort dagga wat gerook word, bepaal word deur die tipe gebruiker, en die tipe subkultuur waarin die gebruiker beweeg. Volgens een van die respondente by wie daar tydens die navorsing inligting ingewin is, is "*Malawi-Gold*" "beter" as "*Durban Poison*", alhoewel die bepaalde gebruiker se uitspraak op 'n subjektiewe ervaring berus. Dagga wat plaaslik in tonnels gekweek word, staan bekend as "*homegrown*". Hierdie dagga word in woongebiede wat uit opslaanhuise bestaan ondergronds gekweek.

### 3.2.2 Farmakologiese klassifikasie

Offermeier & Meyer (1983:31) verduidelik dat die hoofgroep chemiese verbindings wat in *Cannabis Sativa* aangetref word as die kannabinoïede groep bekend staan, waarvan slegs sommige van hierdie kannabinoïede psigoaktiewe eienskappe bevat. In *Cannabis Use Report* (1981:4) en *Drug Abuse Digest* (1990:7) dui Turner et al. (1990) aan dat daar 421 chemiese komponente in die daggaplant is, waarvan 61 die struktuur van 'n kannabinoïed het. Aansluitend hierby verduidelik Gold (1989:39) dat net 14 van hierdie kannabinoïede alreeds intensief bestudeer is. Tetrahydrokannabinol, oftewel delta-9-tetrahydrokannabinol (THK), is die primêre psigoaktiewe bestanddeel van die *Cannabis Sativa*-plant. Dit is hierdie bestanddeel wat vir die psigiese verandering en gedragsversteuring by die mens wat dit gebruik, verantwoordelik is.

### 3.2.3 Gebruikswyses van dagga

Beide Du Toit (1980) en Loedolff & Louw (1973) verwys na Jan van Riebeeck se geskrifte waarin daar opgeteken is dat die Hottentotte dagga geëet het. Albei eersgenoemde bronne wys daarop dat dit een van die enigste verwysings is na hierdie metode van dagga-inname wat in daardie tyd voorgekom het. 'n Ander metode waarna in die geskrifte verwys word, is die gebruik om dele van die plant in warm water te plaas, dit te laat trek en dit dan soos 'n tee te drink. Dagga kan ook tot 'n fyn poeier gemaal en met koekmeel gemeng word om in allerlei gebak gebruik te word, of dit kan selfs as pasta verwerk word. Du Toit (1980:28) sluit hierby aan en sê dat dagga ook in die vorm van 'n soort pruimtabak gekou kan word. Nog 'n gewilde metode onder sommige gebruikers is om daggakoekies of 'n sjokoladekoek deurdrenk met dagga, voor te berei. Onder die Rastafariërs is 'n brousel wat gemaak word van dagga en ander kruie 'n gewilde drankie.

Afgesien van bogenoemde metodes van gebruik is rook die heel gewildste en mees algemene metode om dagga te gebruik. 'n Wye verskeidenheid van rookmetodes kom voor en Du Toit (1980:29) het 'n intensiewe studie daaroor

gedoen. Die metodes word ingedeel in verskillende kategorieë naamlik: water- of kalbaskruikhouers, horing-, sandsteen- en grondwaterhouers, nat kleipype, en moderne variasies van hierdie bogenoemde gebruikswyses. Vir die doel van hierdie ondersoek sal daar uitsluitlik gekyk word na die tipes metodes wat in die Suid-Afrikaanse konteks die mees algemeen voorkom. Min literatuur bestaan oor hierdie verskynsel wat in die Kaapse Skiereiland voorkom. Om hierdie rede word daar veral gebruik gemaak van die kennis wat die navorser persoonlik as berader met dwelmgebruikers op 'n buite-pasiënte basis onderskeidelik by SANRA (Suid-Afrikaanse Raad insake Alkohol- en Dwelmafhanglikheid) en NADAG (Noordelike Areas Dwelmaksie Groep), die afgelope vyf jaar in die praktyk opgedoen het. Die mees algemene metodes wat deur daggagebruikers in die Kaapse Skiereiland gebruik word, word vervolgens bespreek.

Die metodes wat gebruik word om dagga te rook, word in twee hoofgroepe ingedeel, naamlik (a) **sigarette**, en (b) die wye verskeidenheid **pype** wat gebruik word.

#### (a) Sigaretvorm

Dagga kan in 'n tabaksigaret of in 'n gerolde sigaretvorm gerook word.

##### Tabaksigaret

Daggagebruik in die vorm van 'n filter-tabaksigaret wat gerook word, kom soms voor. 'n Gewone sigaret kan gebruik word deur die tabak te vervang met 'n mengsel van dagga en tabak ("*mix*") wat dan in die sigaret gestop word. Die tabak word eers verwyder deur die sigaret tussen die duim en middelvinger te rol. Die dagga word in die leë papierrol geplaas deur dit op te suig of dit met behulp van 'n vuurhoutjie in te druk. Hierdie metode om die tabak te verwyder sonder om die filter of die sigaretpapier te beskadig en om dan die daggamengsel weer in die leë sigaret terug te plaas, verg baie tyd. Deur middel van kontak met die daggagebruiker by NADAG is gevind dat hierdie metode algemeen deur vroulike daggarokers of jong volwassenes wat opgang maak in hul beroep, die sogenaamde "Yuppies", gebruik word. Hierdie metode stel die roker in staat om dit op 'n "stylvolle" manier te doen. Bykomend is gevind dat die kante van die sigaret soms met Vicks gesmeer word wat die persoon dan in staat stel om die sigaret tussen 'n groep mense te rook sonder dat die kenmerkende daggareuk die persoon se dwelmgebruik verklap. Die rook ruik dan bloot soos 'n "mentol"-sigaret se rook.

##### Gerolde sigaret

Die gerolde sigaret, ook bekend as 'n "*pill*", "*reefer*", "*slowboat*", "*joint*", "*spliff*", "*skyf*", en "*J*" is in die daggasubkultuur die mees algemene vorm van daggarook. Die persoon rol sy eie sigaret en bepaal self hoeveel dagga ingesit word. Sigaretpapier wat in pakkies te koop is (Rizlas), of enige beskikbare bruin papier word gebruik. Searl (1989:58) verduidelik dat die dagga eers "skoongemaak" word ("*mulled*") deur al die stingels en pitjies te verwyder, en somtyds met gewone tabak gemeng word ("*mix*"), en dan soos 'n sigaret opgerol word. Dit word normaalweg op 'n stuk karton of enige ander harde oppervlak gedoen. 'n Tuisgemaakte filter van vuurhoutjies, papier of karton word gemaak en in die sigaret geplaas. Dit kan ook sonder 'n filter gerook word. Verskillende terme word gebruik om die lengte en dikte van die sigaret te beskryf, bv. 'n "*slowboat*" impliseer 'n lang, dikker sigaret wat saam met ander



rokers in 'n groep gerook word, terwyl 'n "*split* of *splitfie*" verwys na 'n kort, dun daggasigaret. Die gerolde sigarettvorm blyk die meer algemene keuse te wees.

#### (b) Pypvorme

'n Wye verskeidenheid pypvorme word gebruik om dagga mee te rook. Hierdie pypvorme verskil ten opsigte van voorkoms, grootte en tipe materiaal wat gebruik word.

#### Afgebreekte bottelnek

Die afgebreekte bottelnek is saam met 'n gerolde daggasigaret een van die mees algemene rookmetodes. Die boonste gedeelte van 'n glaskoppie word afgebreek en staan onder die dwelmgebruikers bekend as 'n "*pyp*", "*bottelnek*" of "*nekkie*". 'n Filter van foeliepapier, of gewone papier, wat as 'n "*giriek*", "*gilla*" (Loedolff & Louw 1973:54) "*gillick*" of "*diamond of gerrick*" (Searl 1989:58) bekendstaan word in die opening (mond) van die bottelnek geplaas en verhoed dat die dagga uitval. 'n Mengsel van "skoongemaakte" dagga, (nadat die pitte en stingels verwyder is) en tabak, of net skoongemaakte dagga sonder tabak word in die tregter van die bottelnek geplaas en op 'n bepaalde manier gerook; die "*bottelnek*" word gerook deur die mond van die bottel na onder te hou, met ander woorde die nouste deel na onder. Die "*pyp*" word aan die bokant van die tregter aangesteek, terwyl die persoon die rook deur die filter, by die mond van die bottel onder intrek.

'n Ander tipe pyp, soos 'n "*cholomp*" of "*chillum*", "*chariot*", "*hone*", of 'n tabakpyp, word ook gebruik. Hierdie tipe pype verskil ten opsigte van die materiaal waaruit die leë pyp gemaak word, asook soms ten opsigte van die voorbereiding van die daggapyp. Die wyse waarop die pyp gerook en die tipe materiaal wat gebruik word, hang van die daggasubkultuur en persoonlike keuse af.

#### Waterpype

Die beginsel waarop hierdie tipe metode berus, is dat die rook eers deur middel van water afgekoel word. Dit geskied deurdat die rook deur die water getrek word voordat dit in, asem word. 'n Wye verskeidenheid waterpype word gebruik.

Die metode wat groot byval onder jongdies vind is die sogenaamde "*bucket*" of "*shuttle*". 'n Plastiekbottel se bodem word afgesny en die afgesnyde bottel word in 'n bak water geplaas. 'n Afgebreekte bottelnek se mondgedeele word oor die mond van die plastiekbottel geplaas. Wanneer die afgebreekte bottelnek of "*pyp*" aan die brand gestee word veroorsaak dit dat die lugleegte tussen die water en die mond van die plastiekbottel met rook gevul word. Wanneer die lugleegte vol rook is, word die afgebreekte bottelnek afgehaal en die rook word ingeasem deurdat die persoon sy mond oor die opening van die plastiekbottel plaas. 'n Ander metode is om die plastiekbottel af te druk sodat die hele bottel met water gevul word. Die afgebreekte bottelnek se mondgedeele word oor die mond van die plastiekbottel geplaas en die dagga, in die afgebreekte bottelnek word aan die brand gestee. Die plastiekbottel en "*pyp*" word gesamentlik, met een aksie, gedeeltelik uit die water gelig, wat 'n skielike verplasing van druk veroorsaak. Al die rook van die daggapyp is nou in die lugleegte ingetrek. Die persoon plaas dan sy mond oor die mond van die



lastiekbottel en die verplasing van druk in die plastiekbottel veroorsaak dat die rook in die longe ingeforseer word. 'n "*Hubbly bubbly*" is ook 'n waterpyp. In hierdie geval word die rook afgekoel deurdat die rook deur water trek en die persoon afgekoelde rook inasem. Dit werk op dieselfde manier as 'n opiumpyp. Daar bestaan 'n wye verskeidenheid maniere asook verskillende tipes materiaal wat gebruik kan word om 'n waterpyp voor te berei.

### Vrugtepype

Vrugte kan ook gebruik word as 'n middel om dagga mee te rook. Hierdie metode vind veral inslag by die Rastafariërs en by daggagebruikers wat vir afwisseling 'n ander metode op die proef wil stel. Die vrugte wat gebruik word is lemoene, appels, pynappels, papajas en soms kokosneute. Die voorbereiding van hierdie vrugtepyp behels die uithol van die vrug in die vorm van 'n tregter. 'n Klein gaatjie word langs die kant van die vrug gemaak, terwyl die dagga in die tregterholte geplaas word. Die rook word deur die klein gaatjie aan die kant van die vrug ingeasem en het 'n vrugtesmaak. Die hoë vog inhoud van die vrug veroorsaak dat die rook afkoel en dit werk volgens dieselfde beginsel as die "*hubbly bubbly*".

### (c) Ander metodes

Soos reeds genoem is daar 'n wye verskeidenheid van metodes wat, benewens die sigaret- en pypvorms gebruik kan word om dagga te rook. Een van hierdie metodes wat gebruik word, staan bekend as die "*trophy*" wat gemaak word deur 'n vuurhoutjiedosie saam met die daggasigaret te gebruik. Die laaitjie van die dosie word effens uitgetrek en 'n gaatjie word in die leë omhulsel gemaak en die daggasigaret of oottelnek word in die gaatjie gesteek. Die rook word deur die laaitjie van die dosie ingeasem. Dit is 'n effektiewe manier om te verhoed dat die handpalms of vingers geel verkleur. 'n Klein tregtertjie van foelie kan ook in plaas van 'n bottelnek, gebruik word.

Dit is uiters belangrik dat die maatskaplike werker 'n deeglike kennis van dagga sal hê en veral met betrekking tot die metodes van gebruik en die dwelm-terminologie. Hierdie aspekte speel 'n sleutelrol in die hulpverleningsproses ten einde die werker in staat te stel om ten tye van assessering op die vlak van die daggagebruiker te beweeg. Sodoende word die vertrouensverhouding verhoog en vergemaklik dit die assessering en hulpverlening.

### **3.2.4 Daggasubkulture**

Hierdie afdeling word slegs oorsigtelik bespreek ten einde die maatskaplike werker bewus te maak van die bestaan van daggasubkulture en die invloed wat dit op die persoon se funksionering uitoefen. Die persoon wat dwelmmiddels gebruik, vorm deel van 'n dwelmsubkultuur wat sosiologies onderskei kan word van die dominante of hoefstroomkultuur. Binne die subkultuur, word verskillende tipe dwelmmiddels gebruik, wat sodoende bepaalde subkulturele groeperinge tot gevolg het. Daggagebruikers vorm deel van een van hierdie "sub-subkulture". Binne die wyer dwelmsubkultuur verteenwoordig die daggasubkultuur 'n dominante sosiale stroming en hierbinne funksioneer die daggagebruiker. Die individu se integrasie, wisselwerking en invloed wat hy binne hierdie subkultuur uitoefen, speel 'n groot rol in sy maatskaplike funksionering. Dit volg dus hieruit dat die mate van betrokkenheid en integrasie van 'n individu by die daggasubkultuur, ook die rehabilitasieproses sal beïnvloed. Die aanpassing van 'n individu by, en sy vordering in die rehabilitasieproses word deur die betrokkenheid by die daggasubkultuur asook deur sy

betrokkenheid by die ondersteuningsisteme wat buite die daggasubkultuur teenwoordig is, beïnvloed.

Botha & Le Roux (1981:69) beklemtoon dat die daggagebruiker hom in 'n ander subkultuur as die nie-gebruiker bevind. Werkloosheid, gereeld verwisseling van werk, 'n A-motivering-sindroom, asook vryetydsbesteding wat hoofsaaklik dagga georiënteerd is, dra by tot die subkultuur waarin die daggagebruiker hom bevind. Die skrywers beklemtoon verder dat dit hierdeur baie duidelik is dat die waardes en lewensuitkyk van die dominante kultuur (die samelewing) nie deur die daggagebruiker aanvaar word nie. In aansluiting hiermee beskou een van die persone wat 'n daggagebruiker is en wat die navorser ontmoet het in die werksituasie, 'n 26-jarige middelklas Blanke, homself en die daggasubkultuur soos volg:

**"'n Subkultuur is 'n omvangryke gemeenskap van vrye wesens wat hulself uitleef sonder die beperkinge van die moderne samelewing, wat nie smekend gebuk wil gaan onder die roetine van die moderne samelewing nie. Dagga is 'n vrymakingsproses - as jy die beperkinge van vryheid ken. Andersyds is dagga die gebondenheid van die euwel van verslawing".** Hieruit blyk dit duidelik dat hy in 'n ander kultuur as die dominante kultuur funksioneer.

### 3.2.5 Dagga-intoksikasie

Verskillende skrywers (Bouwer 1984:3, De Miranda 1987:42, Du Toit 1980:104, Julien 1981:176, Stockley 1986:99, Schankula 1983:4 en Swinson & Eaves 1978:54) meen dat die uitwerking van dagga op die mens se **fisiiese reaksie, psigiese toestand** (gemoed en gevoel) en **gedragfunksionering** deur verskillende faktore beïnvloed word. Die sterkte van die dagga, die hoeveelheid ingeneem, vorige ondervinding van dwelmgebruik, die metode van gebruik, omstandighede waarin hy hom bevind, die heersende gemoedstoestand en aktiwiteite waaronder die dwelmmiddel ingeneem word, bepaal die uitwerking wat die dwelmmiddel op die individu het. Schankula (1983:3) identifiseer verdere aspekte, naamlik die gebruiker se houding ten opsigte van daggagebruik, sy verwagtings, sy algemene gesondheidstoestand en die motiewe waarom hy dagga gebruik, asook die teenwoordigheid van ander dwelmmiddels, soos bv. alkohol.

Die persentasie THK wat in die dagga teenwoordig is en die hoeveelheid dagga wat ingeneem word, sal 'n bepalende invloed op die **graad van bedwelming** uitoefen. Die **ervaring en uitwerking** van dagga word bepaal deur die gemoedstemming van die individu voordat hy die dagga gebruik, en of die individu alleen of saam met andere die dwelmmiddel gebruik. Die daggagebruik veroorsaak dat die intensiteit waarmee die persoon sy eie gemoedstoestand en omgewing waarneem, verskerp word.

Soos reeds gemeld kan dagga ingeneem word deur dit te rook of te eet. Wanneer dagga gerook word, bereik die THK die brein baie vinniger en veroorsaak dit 'n hoër vlak van THK (in die brein) as wanneer dit geëet word. Die persoon sal binne 3 tot 30 minute begin om die effek van die THK te ervaar, en die bedwelmdede effek (die "high") duur ongeveer een tot drie uur. Die absorpsie van dagga deur die maag en die vrystelling van THK in die bloedstroom is 'n stadiger proses en dit duur dus sodoende langer vir die middel om die brein te bereik. Na ongeveer 'n uur sal die persoon begin om die bedwelmdede effek te ervaar. Hierdie effek duur langer as wanneer die dagga gerook word en



kan tot vyf ure lank ervaar word.

Die korttermyn effek, oftewel die dagga-intoksikasie, beïnvloed die persoon se fisiologiese funksionering en gedrag. Cohen (1985), die DSM III-R (1987:139-140), Liska (1981), Loedolff & Louw (1973), Ray (1983), Schankula (1983), en Searl (1987) beskryf die ervaring van dagga-intoksikasie as 'n euforiese gevoel wat gepaard gaan met fisieke en psigiese simptome. Die mees algemene subjektiewe ervaring nadat dagga deur die bloedstroom geabsorbeer is, is 'n ontspanne gevoel en 'n gevoel van behaaglikheid.

Die effek wat dagga op die persoon se gedrag het volgens bogenoemde outeurs se beskrywings, behels 'n gevoel van euforie, angstigheid, agterdog en/of paranoïse gedagtes, vertraagde tydservaring, belemmerde oordeelsvermoë, en sosiale onttrekking. Spraaksaamheid en lagbuie kan ook teenwoordig wees terwyl sommige daggagebruikers gevoelens van afsydigheid, teruggetrokkenheid en bepeinsing ervaar. Volgens die skrywers (Bouwer 1984:4, De Miranda 1987:42 en Westermeyer 1976:147) en die *Drugs of Abuse Digest* (1990:9) word die persoon se sintuie versteur en dit het tot gevolg dat kleure, geraas, ligte en musiek meer intens ervaar word. Dit is dus duidelik dat die aanvanklike uitwerking wat dagga op die gedrag het, van persoon tot persoon verskil. Die navorser vind dat sommige daggagebruikers die uitwerking van dagga ervaar as 'n gevoel wat filosofiese denke inspireer (intellektualisering). Rastafariërs gebruik dagga as 'n hulpmiddel om sodoende te kan mediteer.

Verskeie skrywers (Bouwer 1984:4, De Miranda 1987:42, DSM III-R 1987:140, Julien 1981:178, Liska 1981:222, Raistrick & Davidson 1985:58, Ray 1983:434, Schankula 1983:3 en Searl 1989:59) verduidelik dat die fisiologiese veranderinge wat intree lighoofdigheid, verhoogde hartritme (tagikardie), verlaging in bloeddruk, wasigheid voor die oë, vergrote pupille, warm gloede, drukking op die bors, lomerigheid, 'n droë mond en keel, asook rooi oë (kongestie) insluit. Kongestie, of strekking van die oë se bindvlies veroorsaak dat die oë bloedbelope word. Die persoon verloor tydens bedwelming sy eetlus, maar nadat die effek van dagga uitgewerk is het die persoon 'n verhoogde eetlus en toon hy veral 'n behoefte aan soetigheid. Verdere simptome wat kan voorkom, volgens Schuckit (1983:125) sluit in, bewerigheid (tremore), geringe verlaging in liggaamstemperatuur, verminderende spierkrag, en balansstoornis. Ander simptome wat, volgens bogenoemde skrywer, soms teenwoordig is, is naarheid, hoofpyne, en nistagmus (rubbeweging van die oë - as 'n persoon na 'n voorwerp vanuit die hoek van sy oog kyk beweeg die oog stadig na buite en spring dan weer vinnig terug) (Wasserman 1983:162).

Ray (1983:96) is die enigste skrywer in die bestudeerde literatuur wat van ander skrywers verskil ten opsigte van die vergroting van pupille tydens dagga-intoksikasie. Volgens die bogenoemde skrywer is daar geen verandering in die grootte van die pupille nie. Die bestudeerde literatuur wat wel melding hiervan maak (De Miranda 1987:42, Loedolff & Louw 1973:55, Raistrick & Davidson 1985:58) voer aan dat 'n persoon se pupille wel gedurende dagga-intoksikasie vergroot.

### 3.2.6 Fisieke en psigologiese effek van dagga

Die bestudeerde literatuur bevat uiteenlopende bevindinge oor die langtermyn effek wat dagga op die mens se fisiologiese en psigologiese funksionering het. Kaplan & Sadock (1991:315) beaam die teenstrydighede en die



onbeslisbaarheid van studies wat met betrekking tot aspekte van die langtermyn effek van dagga gedoen is. Dit blyk uit dié literatuur dat onvoldoende navorsing tot gevolg gehad het dat daar verskillende standpunte en bevindinge ten opsigte van die aangeleentheid bestaan. Vir die doel van hierdie afdeling word daar gekyk na die verskillende fisiologiese sisteme in die menslike liggaam wat wel nadelig deur daggagebruik beïnvloed word. Die langtermyn effek van daggagebruik affekteer die brein, die respiratoriese stelsel, die immuunstelsel, die voortplantingstelsel, chromosome, die kardio-vaskulêre stelsel, en die psigologiese prosesse van die menslike liggaam.

Die aktiewe bestanddeel in dagga, THK, is oplosbaar in vet en daarom word organe wat 'n hoë vetinhoud het, soos die brein, longe, niere, lewer, testes, speekselkliere en binnere deure die inname van dagga geaffekteer. Die effek van dagga op verskillende organe en op die fisiologiese funksies van die liggaam word in hierdie kortliks bespreek.

#### **(a) Brein**

Skrywers soos Ames (1983), Gold (1989), Rogers & McMillin (1989), Schankula (1983) en Schuckit (1985) beaam die feit dat daar onvoldoende navorsing bestaan ten opsigte van wat die bepaling van breinskade is wat as gevolg van daggagebruik opgedoen word. Navorsing wat op bobbejane gedoen is, bewys dat daar wel atrofie by sekere gedeeltes van die brein teenwoordig is, alhoewel hierdie effek nog nie oortuigend bewys is nie (Gold 1989:69). Dit beteken egter nie dat daar geen effek of nadelige gevolge teenwoordig is nie. Daar sal vervolgens spesifiek aandag geskenk word aan wat met die normale funksies van die brein gebeur wanneer dit aan tetrahidrokannabinol (THK) blootgestel word.

Verskeie skrywers (Ames 1983, Rogers & McMillin 1989, Searl 1989 en Tunving 1987) beklemtoon wel dat dagga sekere kognitiewe disfunksie tot gevolg het. Langtermyn daggagebruik kan met die A-motiveringsindroom in verband gebring word, asook belemmerde konsentrasie, belemmering in die voltooiing van kognitiewe funksies en/of intellektuele take, en 'n afname van konseptuele vermoëns (formulering van konsepte en sodoende in verband te bring met relevante inligting, oftewel die skepping van abstrakte denke). Verdere probleme soos verwardheid, begripsverwarring, versteurde persepsie, verminderde aandagspan, vergeetagtigheid, en paranoïese denke kan deur daggagebruik veroorsaak word.

Cohen (1985:62) verduidelik dat die rook van dagga veranderinge in die chemiese prosesse van die brein teweegbring. Dagga inhibeer die funksie van 'n spesifieke chemiese boodskapper, asetielkolien, wat inligting van die een breinsel na die volgende een fasiliteer, en hierdie onderdrukking hou verband met 'n verlies aan korttermyn-geheue. In 'n studie wat, volgens Tunving (1987:88) in Swede gedoen is, is bevind dat bloedvloei oor die serebrale korteks van die brein, 11% minder in die eksperimentele groep van manlike, chroniese daggagebruikers was as in die kontrolegroep wat nie dagga gebruik het nie. Hierdie bevinding speel vermoedelik 'n rol in die A-motivering-sindroom wat soms by langtermyn daggagebruikers waargeneem word.

#### **(b) Respiratoriese stelsel**

Die nadelige effek van daggarook op die respiratoriese stelsel blyk die een aspek te wees waarvoor skrywers geredelik

saamstem. Bouwer (1984), Cohen (1985), Gold (1989), Julien (1981), Ray (1983), Schuckit (1985), Schankula (1983), Searl (1989), en die *Drugs of Abuse Digest* (1990) beklemtoon die nadelige invloed wat daggarook op die asemhalingsstelsel het. Een daggasigaret bevat twee keer meer teer as 'n sterk tabaksigaret. Verder blyk dit dat daggateer groter hoeveelhede kankerproducerende toksiene as tabakteer bevat, wat die risiko van longkanker verhoog. Die rook van dagga kan ook siektetoestande soos brongitis, asma en emfiseem veroorsaak of vererger. Die skrywers beklemtoon verder dat die tegniek wat gebruik word om dagga te rook, die risiko van longsiektes wesenslik verhoog. Die rook van 'n daggasigaret word baie diep ingasem en word langer in die longe gehou ten einde 'n beter effek te verseker. Normaalweg het 'n daggasigaret ook nie 'n gesofistikeerde filter soos 'n tabaksigaret nie, wat die risiko vir longskade verder verhoog.

#### (c) Immuunstelsel

Navorsing op diere het getoon dat dagga die immuunstelsel se normale funksionering beïnvloed (*Drugs of Abuse Digest* 1990:9, Gold 1989:73 en Ray 1983:437). Alhoewel navorsing op mense teenstrydige bevindinge oplewer, blyk dit tog 'n nadelige effek op die immuunstelsel te hê. Schuckit (1984:133) beklemtoon dat navorsing bewys het dat limfosiëte wel sensitief vir THK is. Limfosiëte speel onder andere 'n rol by die produksie van antiliggamme in die liggaam (Wasserman 1983:208). Volgens Liska (1981:223) en Schuckit (1985:133) is daar nog nie gevind dat hierdie belemmerende immuun-respons infeksies by die daggagebruiker verhoog nie.

#### (d) Voortplantingsstelsel

Die mite bestaan dat dagga seksuele prestasie en genot verhoog. Dagga maak wel die persoon minder geïnhibeer en dit kan die individu laat voel dat seksualiteit verhoog is en prestasie verbeter word. Navorsing wat oor hierdie aspek gedoen is, toon dat dagga die funksionering van die stelsel nadelig beïnvloed. Julien (1981:182), Kaplan & Sadock (1991:315), Liska (1981:223), Ray (1983:437) en Schuckit (1984:133) beklemtoon hoofsaaklik die vermindering van testosteroonvlakke en die verlaagde spermtelling wat by manlike daggagebruikers voorkom. Daggagebruik het ook verlaagde saadtellings en misvormde en verswakte spermselle by mans tot gevolg, en by vrouens belemmer daggagebruik die funksionering van die eierstokke. Dit veroorsaak ongereelde menstruele siklusse en swanger vroue wat dagga rook stel die baba direk in gevaar. Daggagebruik gee aanleiding tot vroeggebore babas, fetale abnormaliteite, lae massa by geboorte en ontwikkelingsprobleme by die kind.

#### (e) Kardiovaskulêre stelsel

'n Enkel dosis dagga veroorsaak dat die hartklop versnel en verminder die krag van hartspiersametrekkings, terwyl 'n paar dosisse die bloeddruk en bloedsirkulasie beïnvloed. Daar ontstaan 'n verhoogde gevaar by persone met bestaande hartsiektes en kardiovaskulêre disfunksie (Gold 1989:67, Schankula 1983:6 en Schuckit 1984:132). Groter dosisse dagga het die teenoorgestelde effek op die hart: die bloeddruk daal en die hartklop verswak. Hierdie veranderinge in die kardiovaskulêre funksies is nie permanent nie en is omkeerbaar sodra die dagga inname gestaak word (Gold 1989:67).



(f) Psigologiese prosesse

Daggagebruik het 'n uitwerking op die geestesgesondheid deurdat dit gedrag en emosies wesenlik beïnvloed. Daggagebruik inhibeer emosionele groei, het gedragsprobleme tot gevolg, en veroorsaak sosiale wanaanpassing en psigiatriese steurings. Mathers et al. (1991:783) ondersteun dit en verduidelik dat na aanleiding van die navorsingsresultate, daggagebruik 'n algemene tendens onder persone is wat as psigiatriese binne-pasiënte behandel word.

Gold (1989:86) bespreek opsommend die psigiatriese simptome wat as gevolg van daggagebruik voorkom in verskillende kategorieë, naamlik **veroor sakend, verergerend, self-medikasie, akute reaksies, vertraagde aanvalsreaksies en onttrekkingsreaksies**. **Veroor sakende** simptome sluit euforie, verwarring van tyd en ruimte, verskerpte geïnoor, gefikseerde idees en illusies, emosionele skade, onweerstandbare impulse, illusies en hallusinasies in. **Verergerende** simptome kan voorkom as gevolg van daggagebruik waar daar reeds bestaande, onderliggende psigiatriese probleme by die daggagebruiker is. Persone kan dagga as **medikasie** aanwend vir slaaploosheid of depressie alhoewel hierdie simptome juis as gevolg van die daggagebruik aanwesig kan wees. Daggagebruik as medikasie kan simptome vererger of selfs ander simptome tot gevolg hê. **Akute reaksies** wat meesal as gevolg van daggagebruik voorkom sluit erge paniek-aanvalle en angstigheid in. Verdere reaksies soos depressie en psigose wat as 'n manie of skisofrenie manifesteer, hou ook verband met daggagebruik. Dagga kan onderliggende skisofrenie vererger (Gold 1989:87 en Mathers et al. 1991:780). Onder die kategorie **vertraagde aanvalsreaksies** verduidelik Gold (1989) voorts dat chroniese daggagebruik tot verlaagde libido, verlaagde spermteelings en mobiliteit (beweeglikheid) kan lei. **Onttrekkingsreaksies** verwys na matige toleransie en 'n onthoudingsindroom wat teenwoordig is nadat daggagebruik gestaak word en wat vir ongeveer agt dae duur.

In aansluiting by Gold (1989) verduidelik Kaplan & Sadock (1991:314) die gevolge van langdurige daggagebruik meer breedvoerig, naamlik **psigose, delirium en angstigheid**. **Psigose** volgens die Psigologiese woordeboek (1987:296), impliseer dat die persoon se normale funksionering ernstig belemmer word en kontak met die realiteit in 'n mindere of meerdere mate verlore gaan. Simptome wat algemeen aangetref word, is disoriëntasie van tyd, plek en identiteit, hallusinasies, delusies, emosionele versteurings en versteurings van denk- en geheueprosesse, kommunikasie, en psigomotoriese handeling. Kaplan & Sadock (1991:314) verduidelik dat daar in die DSM III-R voorsiening gemaak word vir **daggapsigosies** wat as "*cannabis delusional disorder*" geklassifiseer word. Hierdie versteuring word deur angstigheid, emosionele labiliteit, depersonalisasie en moontlike geheueverlies gekenmerk.

**Delirium** kan voorkom wanneer groot dosisse dagga ingeneem word. Delirium word gekenmerk deur rusteloosheid, verwardheid, disoriëntasie, vrees, wane en hallusinasies. Volgens die skrywers kom die toestand selde voor en word dit nie in die DSM III-R geklassifiseer nie. Akute **angstoestande** kom ook onder daggagebruikers voor. Die ang word so erg ervaar dat die toestand as paniek beskryf kan word. Alhoewel hulle dit eens is dat hierdie toestand ongewoon is, identifiseer die skrywers paniek as een van die mees algemene nuwe-effekte van matige daggagebruik. Paniek word gekenmerk deurdat die persoon die psigologiese veranderinge van dagga-intoksikasie as 'n indikasie van die verlies van sy geestesgesondheid ("*sanity*") ervaar.



Die navorser het tydens berading met daggagebruikers gevind dat die vernaamste uitwerkinge van daggagebruik is dat die persoon 'n verwarde bewussyn van homself ervaar, apatie, verlies aan motivering en wilskrag, isolasie, verminderde belangstelling in normale aktiwiteite, 'n valse selfvertroue wat later met gevoelens van mislukking vervang word, uitbarstings van aggressie, geïrriteerdheid en die A-motiveringsindroom.

Volgens Bouwer (1984:4), Gold (1989:89) en Kaplan & Sadock (1991:314) kan die A-motiveringsindroom deur 'n persoon se onwilligheid om voort te gaan met sy take, hetsy dit skool of werk is, of enige ander taak wat konsentrasie en volharding vereis gekenmerk word. Die persoon raak apaties, lusteloos en gewigstoename vind gewoonlik plaas.

'n Verdere effek van dagga, naamlik die fisieke en psigologiese afhanklikheid van dagga word vervolgens bespreek.

### 3.2.7 Afhanklikheid van dagga

Daar bestaan talle meningsverskille oor die afhanklikheidsvormende eienskap van dagga. Hierdie omstrede onderwerp word gedebateer sedert daar oor dagga geskryf, en navorsing daarvoor gedoen is. Die feit dat daar verskillende standpunte oor hierdie aspek van afhanklikheid gehuldig word, veroorsaak verwarring en dit maak hierdie spesifieke toestand moeilik assesseerbaar.

Daar is basies twee denkrigtings ten opsigte van die afhanklikheidsvormende eienskap van dagga: (1) **dat 'n persoon nie 'n fisieke afhanklikheid van dagga kan ontwikkel nie**, en (2) hierteenoorstaande **dat daggagebruik wel 'n fisieke afhanklikheid van die dwelmiddel tot gevolg het**. Die DSM III-R (1987) en verskeie skrywers (Brenner, Coles & Meagher 1970, Julien 1975, Loedolff & Louw 1973, Louw 1989, Madden 1979, Mitchell 1972, Silberman 1967, Searl 1989 en Van der Westhuizen & Fourie 1988) is van mening dat **dagga nie fisieke afhanklikheid tot gevolg het nie**. Daar word spesifiek melding gemaak van die afwesigheid van fisieke afhanklikheid, maar daar word bygevoeg dat psigologiese afhanklikheid wel voorkom. Die aspek van toleransie word ook bevraagteken. Louw (1989:351) is dit eens dat geen noemenswaardige toleransie ontstaan nie en sê dat indien dit wel voorkom, daar onsekerheid bestaan of die toleransie fisiek of psigologies van aard is. Brenner, Coles & Meagher (1970:40) is van mening dat dagga nie afhanklikheidsvormend is nie, as gevolg van die afleiding dat geen fisieke behoefte ontwikkel en geen onttrekkingsimptome aanwesig is wanneer inname gestaak word nie. Laasgenoemde drie skrywers sê egter dat dagga wel gewoontevormend is, maar dat hierdie gewoonte maklik gestaak kan word. Loedolff & Louw (1973:57) is van mening dat dagga wel psigologiese afhanklikheid tot gevolg het, maar dat daar geen fisieke afhanklikheid sal ontwikkel nie. Ten opsigte van toleransie let die skrywers op dat daar geen toleransie ontwikkel het nie en dat die hoeveelheid dagga wat gerook is min of meer konstant gebly het. Mitchell (1972:45) beskryf ook 'n soort psigologiese afhanklikheid, maar waar geen onttrekkingsimptome teenwoordig is nie, behalwe dat die persoon teleurstelling ervaar en gegriefd is daarvoor wanneer die daggavoortraad nie beskikbaar is nie. Van der Westhuizen & Fourie (1988:18) beklemtoon ook die psigologiese afhanklikheid. Daar word melding gemaak van 'n beperkte toleransie wat ontwikkel, alhoewel daar na onttrekking geen onthoudingsindroom ontstaan nie. Die skrywers impliseer dus hierdeur dat daar geen onttrekkingsimptome teenwoordig is sodra dagga-inname gestaak is nie.

Die teenargument dat **dagga wel afhanklikheidsvormend is** en fisieke en psigologiese afhanklikheid, toleransie en onttrekkingsimptome tot gevolg het, word onder meer deur die Cannabis Report (1981) en skrywers soos Botha & Le Roux (1983), Bouwer (1984), Cohen (1986), De Miranda (1987), Du Toit (1980), Gold (1989), Goode (1970), Jaffe, Petersen & Hodgson (1980), Liska (1981), Ray (1983), Rogers & McMillin (1989), Schankula (1983) en Tunving (1987) gestaaf. Gold (1989:96) verduidelik dat nie alle daggagebruik afhanklikheid tot gevolg het nie, alhoewel daar mediese en psigologiese probleme kan ontstaan sonder dat die diagnostiese kriteria vir afhanklikheid teenwoordig is. Die laasgenoemde skrywer is van mening dat die DSM III-R se diagnose vir dwelmmiddelmisbruik te rigied is en nie vir die realiteite van dagga-afhanklikheid voorsiening maak nie. Dit wil sê as daar eers vir die persoon, veral die adolessent, gewag moet word om aan die diagnostiese kriteria van afhanklikheid te voldoen sal dit 'n risiko wees vir sy normale ontwikkeling en lewe. Verder lê die skrywer daarop klem dat die bepaalde diagnose gepaard moet gaan met die identifisering van die mees algemene simptome van afhanklikheid. Dit is belangrik om 'n onderskeid tussen sporadiese en gereelde daggagebruik te maak ten einde afhanklikheid te kan diagnoseer. Die gedragsspatrone wat op afhanklikheid dui is betroubare en standhoudende aanduidings ten einde dagga-afhanklikheid te diagnoseer. Byvoorbeeld 'n preokkupasie met die verkryging van dagga, kompulsiewe gebruik, en terugvalle nadat die gebruiker soberheid gehandhaaf het, is baie betroubare aanduidings dat die daggagebruik wel 'n probleem is. Wanneer die persoon se sosiale funksionering benadeel word waar gereelde daggagebruik geïdentifiseer is, kan die diagnose gemaak word dat daar afhanklikheid ten opsigte van die gebruik daarvan bestaan. Preokkupasie met die verkryging van dagga kan impliseer dat dagga wel deel uitmaak van die persoon se lewe aangesien hy dit nodig om daaglik te kan funksioneer; terwyl kompulsiwiteit die voortdurende gebruik van dagga impliseer. Die persoon sal ten spyte van die gevolge wat dagga op sy funksionering het, met sy daggagebruik voortgaan (Gold 1989). Dit is belangrik dat die maatskaplike werker nie die psigologiese afhanklikheid van dagga as gering skat nie. Die een denkrigting wat beklemtoon dat 'n psigologiese afhanklikheid kan bestaan sonder dat daar 'n fisieke afhanklikheid is kan misleidend wees. Die wanopvatting dat dwelmmisbruik met fisieke afhanklikheid gepaard gaan voordat dit 'n probleem is, word versterk deur hierdie denkrigting, naamlik dat dagga net psigologiese afhanklikheid tot gevolg het. Die doel van die rehabilitasieproses van die dwelmafhanklike is juis daarop gemik om die psigologiese afhanklikheid te behandel ten einde die verdere gevolge van die fisieke afhanklikheid te verhoed (Bouwer 1984).

#### **(a) Toleransie**

Na aanleiding van die literatuur wat bevestig dat afhanklikheid ten opsigte van dagga wel voorkom, blyk daar nog onsekerheid te wees oor die toleransie wat 'n persoon kan ontwikkel. Skrywers (Julien 1981:184, Ray 1983:432 en Schuckit 1985:126) beklemtoon dat toleransie wel ten opsigte van hoër dosisse dagga wat ingeneem word, kan ontwikkel. Ander skrywers (De Miranda 1987:42, Cohen 1985:21, Gold 1989:49 en Madden 1979:179) maak nie spesifiek melding van die toleransie wat 'n persoon ontwikkel nie, maar beklemtoon die verskynsel van "**omgekeerde toleransie**" wat by daggagebruikers kan ontstaan, en wat ook deur Ray (1983) en Julien (1981) gestaaf word. Hierdie "omgekeerde toleransie" kan óf veroorsaak word deur 'n mate van sogenaamde "sielkundige afwagting", óf deur die biochemiese verskynsel naamlik, dat THK in vet oplosbaar is. Laasgenoemde toestand het tot gevolg dat daar 'n "dagga-bêreplek" in die vetweefsel van die liggaam ontstaan wat slegs 'n aanvulling nodig het om die verlangde aanvanklike effek te verseker (De Miranda 1987). As gevolg van die vetoplosbaarheid van THK word dit teen 'n baie stadige tempo uit die liggaam uitgeskei en veroorsaak dit dat minder dagga ofwel THK nodig is om dieselfde effek



te verseker. Dit beteken dus dat die daggagebruiker kleiner hoeveelhede as groter hoeveelhede nodig het om die "high" verseker.

In die praktyk, tydens persoonlike assesseringsonderhoude by NADAG met kliënte wat dagga misbruik, is gevind dat sommige van die gereelde gebruikers se hoeveelhede van dagga wat op 'n keer gerook word nie soseer vermeerder het nie, maar dat kleiner hoeveelhede deur die loop van die dag gerook word. Dit kan 'n "omgekeerde toleransie" wees wat by hierdie gebruikers teenwoordig is. Die ander tendens wat ook voorkom, is dat daar gevind is dat chroniese gebruikers nie meer dieselfde effek van dagga ervaar nie. Hierdie chroniese gebruiker rook normaalweg ook groot hoeveelhede dagga op een slag. Volgens persoonlike mededelings is die chroniese gebruiker van mening dat die dagga geen uitwerking meer het nie en die persoon soek dan na 'n beter en hoër "high" as die vorige ervaring. Dit kan dikwels daartoe lei dat so 'n persoon met sterker dwelmmiddels sal begin eksperimenteer. Dwelmmiddels waarmee geëksperimenteer word, soos byvoorbeeld Mandrax of LSD, word in sulke gevalle dan die primêre dwelmmiddel wat misbruik word. Mandrax kom in 'n tabletvorm wat 'n poeierbasis het en word fyngemaak en normaalweg saam met dagga gerook. In dwelmtaal staan dagga in so geval bekend as 'n "*chaser*"; die dagga dien dan as die middel waarmee die Mandrax gerook word. Dagga word gebruik as die sogenaamde mengsel of "*mix*", terwyl Mandrax primêr die bedwelmente effek verseker.

#### ***(b) Onttrekkingsimptome***

Teen die agtergrond van die beskouing dat dagga 'n fisieke afhanklikheid tot gevolg kan hê, kom onttrekkingsimptome oftewel 'n sogenaamde onthoudingsindroom voor sodra die inname van dagga gestaak word. Die onttrekkingsimptome wat volgens Bouwer (1984:4), De Miranda (1987:101), Ray (1983:432) en 'n inligtingspamflet vir pasiënte van Lentgeur Hospitaal se Dwelmeenheid (1987) voorkom, sluit in geïrriteertheid, lusteloosheid, buierigheid, rusteloosheid, vomering, naarheid, diarree, slaapsteurnisse (bv. slaaploosheid), hoofpyne, afname in eetlus, spierpyne en -krampe (veral in die nek en dyspier), maagpyn en -krampe, aggressie en 'n gebrek aan selfbeheersing.

Onttrekkingsimptome wat by die daggagebruiker, wat in die praktyk tydens die hulpverleningsproses by NADAG geïdentifiseer kon word sluit in hoofpyne, naarheid, moegheid, sweterige hande, geïrriteertheid, geagiteerdheid, woede uitbarstings, eetlus wat verminder of vermeerder, 'n algehele rusteloosheid wat teenwoordig is, verveeldheid en 'n oormatige fisieke en psigiese begeerte na dagga.

In die praktyk is die blote feit dat die persoon dagga gebruik die belangrikste faktor waarom hulpverlening geïmplementeer moet word, hetsy die persoon fisiek en/of psigologies afhanklik van die dagga is. Om psigologiese en/of fisieke afhanklikheid van dagga as maatstaf te gebruik ten einde hulpverlening te kan implementeer, werk direk in téén die doel van primêre en sekondêre dwelmvoorkoming. Die feit dat die persoon dagga gebruik is 'n wesenlike probleem, en is ook die gevolg van ander maatskaplike, sosiale of persoonlike probleme, benewens die feit dat dit as gevolg van 'n fisieke en/of psigologiese afhanklikheid kan wees.



### 3.3 MANDRAX

Naas dagga is **Mandrax**, volgens Lloyd-Hughes (1991:26) en Searl (1989:70), die mees algemene, onwettige dwelmmiddel wat in Suid-Afrika misbruik word. Lloyd-Hughes (1991:26) meld verder dat die **International Drug Commission** wat in Wenen, Oostenryk gesetel is, bepaal het dat Suid-Afrika die land met die grootste voorkoms van metakwoloornisbruik (Mandrax) in die wêreld is, en dit ongeag die grootte van Suid-Afrika se bevolking. **Metakwoloorn** is die psigoaktiewe bestanddeel in **Mandrax**. Bouwer (1984:4) onderstreep die standpunt dat Mandrax in Suid-Afrika in 'n erge mate misbruik word en hy is van mening dat Suid-Afrika 'n Mandrax en dagga epidemie op hande het.

Mandrax word normaalweg saam met dagga gerook. Die kombinasie van dagga en Mandrax staan as die "*wit-pyp*" of "*white-pipe*" bekend (De Miranda 1987:23 en Searl 1987:70). Vervolgens word die historiese agtergrond, die farmakologiese klassifikasie, die voorkoms en die metodes van gebruik, en die effek van Mandrax kortliks bespreek.

#### 3.3.1 Historiese agtergrond

Volgens Carroll & Gallo (1988:15), Liska (1981:239) en Ray (1983:314) is **metakwoloorn** oorspronklik in 1955 deur M.L. Gujral in Indië gesintetiseer. Daar was bevind dat dit 'n oneffektiewe anti-malaria middel is, maar dat dit 'n effektiewe hipnotika is wat in 1959 as 'n voorgeskrewe middel in die Verenigde Koninkryk bekendgestel is. Dit het gou hierna alom bekend geword en is veral in Europa en in Japan as 'n nie-gewoontevormende hipnotika (slaapmiddel) gebruik. Die Verenigde Koninkryk het metakwoloorn in 1960 onder die handelsname Melsed, Melsedin en Revonal bemark. In 1965 is metakwoloorn (250mg) met 'n anti-histamien, difeenhidramien (25mg) gekombineer en het as **Mandrax** bekend gestaan het. Mandrax is as 'n "veilige", nie-barbiturate slaapmiddel bemark en die gebruik daarvan het groot omvang in die Verenigde Koninkryk aangeneem. In Australië is metakwoloorn as Sleepinal bemark, terwyl dit in die VSA onder die handelsnaam Quaalude versprei is. Die dwelmmiddel is deur verskillende lande, onder andere Colombië, Wes-Duitsland, Oostenryk, Hongarye, China, Switserland en Indië gedurende 1981 - 1983 as gevolg van die wydverspreide misbruik en afhanklikheid daarvan, verban. Dit is in 1981 amptelik van die Britse mark verwyder. Hierdie verbanning en verwydering van metakwoloorn as voorgeskrewe medikasie het gevolg op metakwoloorn-afhanklikheid wat in 1966 by persone waargeneem en vasgestel is, asook verslae van oordosering, en sterftesyfers weens die misbruik van die dwelmmiddel wat ontvang is. Die besit van Mandrax is volgens Bouwer (1984:4) in 1974 en Lloyd-Hughes (1991:27) gedurende 1976 in Suid-Afrika verbied. Dit blyk wel volgens inligtings-pamflette oor Mandrax (Kaapstad se Dwelmvoorligtingsentrum 1990 en SANRA 1986) dat Mandrax in 1974 in Suid-Afrika verban is.

#### 3.3.2 Farmakologiese klassifikasie

Metakwoloorn, wat 'n sintetiese chemiese middel is, is volgens De Miranda (1987:22) en Searl (1989:71) die aktiewe bestanddeel in Mandrax. Soos reeds bespreek, is **Mandrax** volgens Madden (1979), Ray (1981) en Searl (1989:70) die handelsnaam vir die kombinasie van metakwoloorn (90.9%) en 'n anti-histamien, difeenhidramien (9.1%). De Miranda (1989:22), Searl (1989:71) en Carroll & Gallo (1988:24) meld dat Mandrax 'n sentrale senuweestelsel-

depressant is wat as 'n nie-barbiturate hipnotika (slaapmiddel) geklassifiseer word. Verdere eienskappe van metakwolon, volgens Carroll & Gallo (1988:25), is dat dit, afgesien van die sederende effek, ook 'n anti-konvulsiewe, anti-kramptogte en lokale verdowingsmiddel is, benewens dat dit 'n swak antihistamien is.

### 3.3.3 Voorkoms en gebruikswyses

Mandrax word tans onwettig buite en binne die grense van Suid-Afrika vervaardig. Die voorkoms van die huidige, onwettige Mandrax-tablette verskil van die oorspronklike tablet. Die gebruikswyse van Mandrax is hoofsaaklik om dit fyn te druk en saam met dagga uit 'n afgebreekte bottelnek te rook wat dan as 'n sogenaamde "*wit pyp*" bekend staan.

#### a) Voorkoms

Volgens Bouwer (1984:4) en Searl (1989:70) is die oorspronklike Mandrax-pille plat, wit tablette wat gemerk is met die handelsnaam **MX** op die gladde kant en "**R**" en "**L**" (Roussel Laboratories) op die growwe kant. Onwettig vervaardigde Mandrax neem verskillende vorms aan. Normaalweg kom dit in 'n tabletvorm voor met 'n poeierbasis, maar dit word ook as kapsules vervaardig. Mandrax se kleur wissel tussen wit-beige, grys-wit, geel-wit en soms selfs 'n gespikkelde lig-bruin. Bouwer (1984:4) verduidelik dat daar twee tipes (harde en sagte) Mandrax tablette beskikbaar is. Die harde tablet is normaalweg gespikkel en staan bekend as 'n "sproetjie". Dit word gewoonlik fyngedruk en saam met dagga in 'n "pyp" gerook. Wanneer die tablet uitgebrand is vorm dit 'n plat, plastiekagtige substans wat as 'n "button" bekend staan, vandaar die populêre subkultuur benaming vir Mandrax. Die sagte tablet is dieselfde tekstuur as waspoeier en verkrummel maklik. In die subkultuur staan dit as "omo button of vim button" bekend. Die kenmerkende MX is nie altyd op die tablette gedruk nie. Mandrax staan ook in die dwelmsubkultuur bekend as "*buttons, germans, whites, pille, knopies, knoppies, MX, originals, barry white, wit, vims, russians, golfsticks, magwheels, loss of memory, capsules en mandies*" om maar 'n paar van die straatbenamings (Bouwer 1984:4, Searl 1989:71 en Weekly Mail 15.11.1991:6-7) te noem.

#### b) Gebruikswyses

Bouwer (1984:4), De Miranda (1987:23), Searl (1989:71) en 'n artikel in die Weekly Mail (15.11.91:6-7) verduidelik dat alhoewel Mandrax in tabletvorm voorkom, dit nie as sulks mondelings ingeneem word nie, maar dat dit eerder fyngedruk en saam met dagga in 'n afgebreekte bottelnek of spesiale pyp gerook word. Die Mandrax-tablet word meestal met die dagga gemeng, of die fyngedrukte poeier word bo-op die dagga gesprinkel en dan gerook. Wanneer Mandrax bo-op dagga gesprinkel word, staan dit in dwelmtaal bekend as die "*cream of cremora*". Die algemene verwysing in dwelmtaal na Mandrax wat saam met dagga gerook word, staan bekend as die "*wit pyp*" of "*white pipe*". Mandrax word normaalweg nie op 'n ander manier gebruik nie. Volgens Bouwer (1984:4), De Miranda (1987:23), Lloyd-Hughes (1991:27) en Searl (1989:71) is hierdie gebruikswyse naamlik om dagga en Mandrax saam te rook 'n unieke verskynsel wat hoofsaaklik in Suid-Afrika voorkom.



### 3.3.4 Mandrax intoksikasie en newe-effekte

Searl (1989:71) verduidelik dat metakwolon geneig is om die werking van die aktiewe bestanddeel in dagga, tetrahidro- $\Delta^9$ -annabinol, te versterk. Die effek van die kombinasie van dagga en Mandrax is baie meer intens as die effek wat dagga of Mandrax afsonderlik het. Die onmiddellike effek wanneer dagga en Mandrax gesamentlik gerook word, staan in dwelmtaal as 'n "*rush*" bekend, en word as 'n warm, ontspanne gevoel deur die hele liggaam ervaar. Nadat die aanvanklike intense effek verby is, ervaar die persoon die bedwelmdede effek vir agt tot tien uur nadat beide hierdie dwelms gesamentlik gerook is (Weekly Mail 15.11.91).

#### a) Fisiologiese effek

Fisiologiese newe-effekte van kleiner dosisse Mandrax sluit volgens De Miranda (1987:22) en Searl (1989:71) slaperigheid, lighoofdigheid, rusteloosheid, hoofpyn, belemmerde koördinasie, naarheid, vomering en sleeptongspraak in. Die fisieke effek van metakwolon op nuwe gebruikers wat nog nie toleransie ontwikkel het nie, sluit die volgende in: lomerigheid, slaap, moegheid, rusteloosheid, hoofpyne, droë mond, perspirasie, aptytverlies, naarheid en vomering, maagongesteldheid en diarree (Carroll & Gallo 1988:36 en Kaplan & Sadock (1991:295). Die effek van 'n matige dosis volgens bogenoemde skrywers, is soortgelyk aan 'n klein dosis maar die newe-effekte vererger met 'n gepaardgaande hoër dosis. Die uitwerking van 'n hoër dosis metakwolon behels slaap, tremore, spierspasmas, verhoogde hartklop, belemmerde motoriese koördinasie, geheueverlies, respiratoriese onderdrukking, verhoogde respirasie en koue rillings.

#### b) Effek op gedrag

Die korttermyn effek wat metakwolon op 'n persoon se gedrag het, hou volgens Carroll & Gallo (1988:28) verband met die dosis wat ingeneem word. Die effek van 'n lae dosis (75mg) behels 'n kalm, ontspanne gevoel, duiseligheid, tintelende sensasie, lomerigheid, rusteloosheid, angstigheid en fisieke gevoelloosheid. Die inname van 'n matige dosis (150-300mg) het euforie, selfvertroue, seksuele opwekking, verhoogde sosialisering en 'n tinteling of gevoelloosheid wat deur die hele liggaam ervaar word, tot gevolg. Die effek van 'n hoër dosis (meer as 300mg) sluit 'n algehele gevoelloosheid, lamheid, belemmerde koördinasie, agitatie, paniekerigheid en die vrees dat jy "van jou kop afgaan" ("*losing one's mind*"), in.

### 3.3.5 Afhanklikheid van Mandrax

Verskeie skrywers (Carroll & Gallo 1988, De Miranda 1987, Liska 1981 en Searl 1989) is dit eens dat Mandrax 'n sentrale senuweestelsel-depressant is wat die funksies van die brein onderdruk. Hierdie dwelmmiddel is psigologies en fisiek afhanklikheidsvormend, met toenemende toleransie wat met gereelde gebruik kan ontwikkel. Die feit dat Mandrax tot 'n erge mate psigologies en fisiek afhanklikheid tot gevolg het, word deur Bouwer (1984), Loedolff & Louw (1973), Willis (1974) en in inligtingspamflette van Kaapstad se Dwelmvoorligting-sentrum (1990), Lentegeur Hospitaal se Dwelmeenheid (1987) en SANRA (1986) onderstreep.

Onttrekkingsimptome kan matige of akute simptome behels. Carroll & Gallo (1988:57) meld dat matige onttrekking-simptome die volgende insluit, rusteloosheid, ge-irriteerheid, anti-sosiale gedrag, slaaploosheid, hoofpyne, matige tremore, aptytverlies, naarheid en vomering, maagkrampe en spiertrekkings. Akute onttrekking-simptome sluit in geestesverwarring, delirium, nagmerries, hallusinasies, maagwandbloeding, hoë koors en aanvalle soortgelyk aan epileptiese aanvalle. Genoemde skrywers beklemtoon dat laasgenoemde twee simptome fataal kan wees. In aansluiting hiermee identifiseer De Miranda (1987:95), asook 'n inligtingstuk van Lentegeur Hospitaal se Dwelmeenhed (1987), die algemene onttrekking-simptome van Mandrax, byvoorbeeld soos slaaploosheid, angstigheid, senuweeagtigheid, naarheid en vomering, maagkrampe, hallusinasies en stuiptrekkings.

Onttrekkingsimptome wat deur die navorser by Mandrax-gebruikers geïdentifiseer is, sluit hoofsaaklik slaaploosheid, senuweeagtigheid, angstigheid, hoofpyne en maagkrampe in. Dit is dus duidelik dat Mandrax-misbruik wel tot erge psigologiese en fisieke afhanklikheid en verhoogde toleransie kan lei, wat gepaard sal gaan met onttrekking-simptome sodra inname gestaak word.

### 3.4 SAMEVATTING

Dagga en Mandrax is van die mees algemeen, misbruikte, onwettige dwelmmiddels in Suid-Afrika. Dagga is gereedelik beskikbaar en is ook relatief bekostigbaar. Alhoewel Mandrax, wat net so gereedelik beskikbaar is, baie duurder as dagga is, is dit naas dagga die mees algemeen, onwettige dwelmmiddel waarmee eksperimenteer word. Die gesamentlike gebruik van hierdie dwelmmiddels is 'n populêre gebruikswyse. Dit wil voorkom asof die algemene gebruik van 'n mengsel van dagga en Mandrax (in vergelyking met ander dwelms wat misbruik word), en die gewildheid van die kombinasie van dagga en Mandrax, 'n tendens is wat eiesoortig aan Suid-Afrika is. Dit is belangrik dat die maatskaplike werker oor genoegsame kennis insake dagga en Mandrax en die effek daarvan op die mens se funksionering beskik, ten einde die opvoedingstaak teenoor die dwelmgebruiker en dié se gesinslede te vergemaklik. Asook om 'n korrekte assessering van die probleem te verseker en beraad aan die dagga- en Mandraxgebruiker te vergemaklik.

In die bespreking van dagga en Mandrax is daar hoofsaaklik op dié aspekte gekonsentreer wat die maatskaplike werker se kennis sal uitbrei. Daar is meer aandag aan dagga geskenk weens die wydverspreide misbruik daarvan. Dwelmgebruikers se lewenswyses is tot 'n groot mate nie aan maatskaplike werkers, tensy hulle in die spesifieke veld werksaam is, bekend nie. Indien die gesinssorgwerker nie daagliks met hierdie maatskaplike probleem te doen het nie, kan sy 'n groot mate van onsekerheid ervaar sodra sy aan die dwelmgebruiker hulp moet verleen. Dit kan veroorsaak dat daar onvoldoende assessering en beplanning rondom die hulpverlening plaasvind. Dit is juis daarom noodsaaklik dat die maatskaplike werker oor genoegsame feitlike kennis beskik ten einde haar taak te vergemaklik. In Hoofstuk 4 word daar hoofsaaklik aandag geskenk aan modelle van afhanklikheid.



## HOOFSTUK 4

### BEHANDELINGSPERSPEKTIEWE VAN AFHANKLIKHEID

#### 4.1 INLEIDING

Die problematiek van die mens, ten opsigte van dwelmgewoontes en -afhanklikheid word deur middel van professionele hulpverlening vanuit sosiologiese, sielkundige, maatskaplike, psigiatrisse en mediese denkgewoontes en leerskole, beskryf en behandel. Die ontwikkeling van die verskillende perspektiewe, teorieë en modelle is 'n poging om die oorsake, aard en verklarings van dwelmafhanklikheid te konseptualiseer ten einde effektiewe behandeling te verseker. In die veld van afhanklikheid is daar twee primêre denkgewoontes, naamlik die mediese uitgangspunte wat afhanklikheid as 'n siekte beskou en uitgangspunte vanuit die sosiale leerteorie wat afhanklikheid as aangeleerde gedrag beskryf. In hierdie hoofstuk word daar gelet op die mediese en sosiale leerperspektiewe wat as uitgangspunte dien in die behandeling van dwelmafhanklikheid. Die behandeling van dwelmafhanklikheid kan nie vanuit een perspektief of een model uitsluitlik, geskied nie, 'n eklektiese benadering moet gevolg word. Dit is nie die doel van hierdie hoofstuk om 'n bloudruk van behandeling voor te stel nie, maar eerder om die maatskaplike werker se kennis oor alternatiewe modelle en teoretiese uitgangspunte wat tans erkenning in die veld van rehabilitasie geniet, uit te brei. Dit sal die maatskaplike werker in staat stel om haar huidige kennis met alternatiewe uitgangspunte te integreer, ten einde 'n eklektiese benadering te kan volg.

#### 4.2 PERSPEKTIEWE VAN AFHANKLIKHEID

'n Wye verskeidenheid modelle met teorieë en konsepte om afhanklikheid te beskryf en te behandel het vanuit verskillende leerskole ontwikkel. As agtergrond word daar opsommende gekyk na verskillende modelle van afhanklikheid en teorieë en konsepte wat hieruit ontwikkel het. Hester & Miller (1989:5-9) gee 'n uiteensetting van die ontwikkeling van konseptuele modelle van afhanklikheid. Die skrywers identifiseer elf verskillende modelle wat hoofsaaklik die ontwikkelingsgeskiedenis van modelle van afhanklikheid beskryf. Hierdie modelle sluit die volgende in: (1) morele modelle, (2) die matigheidmodel, (3) die Amerikaanse siekte model, (4) opvoedingsmodelle, (5) karakterkundige modelle (*characterological models*), (6) kondisioneringsmodelle, (7) biologiese modelle, (8) sosiale leermodelle, (9) die algemene sisteemmodel, (10) sosio-kulturele modelle en (11) die gemeenskapsgesondheidsmodel.

In aansluiting hierby bespreek Meyer & Babor (1989:274-287) die verskillende verklarende modelle van afhanklikheid wat (1) die mediese model, (2) kondisioneringsmodelle en gedragsteorieë, (3) sielkundige teorieë en (4) die sosio-kulturele teorieë insluit. Laasgenoemde skrywers beskryf ter opsomming die belangrikste verklarende teorieë en konsepte van afhanklikheid wat uit bogenoemde modelle ontwikkel het. Onder die **mediese model** sorteer die *siektekonsep* van Jellinek (1960), die *verskyningskonsep* van Pattison et al. (1977), die *bio-psigososiale teorie* van Kissin (1983) en die *afhanklikheidsindroomkonsep* van Edwards & Gross (1976). **Kondisioneringsmodelle en**

*gedragsteorieë behels gekondisioneerde onthouding van Ludwig & Wikler (1974), die sosiale leerteorie van Abrams & Niaura (1987) en die terugval-voorkomingsterapie van Marlatt & Gorden (1985) in. Sielkundige teorieë fokus op persoonlikheidsteorieë, die spanningsverminderingsteorie en die psigodinamiese teorie. Sosio-kulturele teorieë sluit die psigososiale teorie van Kissin (1977) en die afhanklikheids-ervaring model van Peele (1985) in.*

Dit is duidelik dat 'n wye verskeidenheid teorieë, modelle en perspektiewe ontwikkel het ten einde afhanklikheid te beskryf en uitgangspunte vir behandeling daar te stel. Die mediese perspektief dateer terug na die negentiende eeu. Alhoewel die mediese perspektief tans nog baie erkenning ontvang, het die gedragsielkunde ná die dertigerjare 'n groot rol gespeel in die ontwikkeling van alternatiewe om die oorsake en behandeling van afhanklikheid te beskryf (Heather & Roberson 1989).

Morgenstern & McCrady (1992:902) verduidelik dat die twee mees algemene behandelingsperspektiewe wat in die VSA gebruik word die siektekonsep- en gedragswetenskaplike perspektiewe is. Milkman (1991:63) en Morgenstern & McCrady (1992:902) beklemtoon dat afhanklikheidsprobleme multidimensioneel is en van persoon tot persoon verskil. Milkman (1991) beklemtoon dat 'n ekkietiese behandelings-beplanning noodsaaklik is en dat 'n afsonderlike benadering nie optimaal is vir die behandeling van die afhanklike nie. In aansluiting hierby verduidelik Morgenstern & McCrady (1992) dat in die VSA die meeste programme vir die behandeling van afhanklikheid uit 'n multi-komponente benadering bestaan. Teen die agtergrond van die algemeen gebruikte perspektiewe sal daar vir die doel van hierdie navorsingsverslag oorsigtelik en as agtergrond na die mediese model gekyk word. Voorts sal die belangrikste teoretiese uitgangspunte van die sosiale leerteorie en twee modelle van intervensie wat tans baie erkenning geniet, naamlik die *veranderingsmodel* en die *terugval-voorkomingsmodel* bespreek word.

Die mees bekende model op afhanklikheid naamlik, die mediese model, oftewel die siektekonsep, word vervolgens as agtergrond bespreek.

#### 4.2.1 Mediese/siektekonsep model

Voor die daarstelling van die teorie van afhanklikheid as siektekonsep is morele uitgangspunte ten opsigte van die misbruik en afhanklikheid van alkohol en ander dwelmmiddels gehandhaaf. Die uitgangspunte van die *morele perspektief*, volgens verskeie skrywers (Ellis et al. 1988:13, Hughes 1989:3, Lewis, Dana & Blevins 1988:195, Peele 1987:63 en Rivinus 1988:148) dui daarop dat religieuse en filosofiese beskouings gehandhaaf word om aanvaarbare en onaanvaarbare gedrag te beskryf. Hierdie uitgangspunte oor afhanklikheid, wat onredelike druk op die individu met 'n dwelmprobleem kan plaas, word tans as verouderd en onmenslik beskou.

Voorts verduidelik bogenoemde skrywers dat hierdie perspektief die uitgangspunte handhaaf dat 'n dwelmgebruiker 'n innerlik swak persoon is met te min wilskrag om die dwelmgebruik te staak. Dwelmgebruikers is ook gesien as "doelbewuste sondaars" (*'willful sinners'*) wat 'n vrye keuse uitoefen om dwelms te gebruik en self die volle verantwoordelikheid vir hul situasie behoort te aanvaar. Die uitgangspunte van hierdie perspektief word as onwetenskaplik beskou. Dit bied egter 'n maklike uitweg vir die maatskaplike werker, naamlik om deur middel van rasionalisasie, wanneer hulpverlening misluk en soberheid nie bereik word nie, die situasie te regverdig.



Lewis, Dana & Blevins (1988:195) beklemtoon dat, in die ontwerp en daarstelling van 'n terugval-voorkomings-behandelingsprogram die morele perspektief oneffektief is. Gemelde skrywers beveel aan dat die morele perspektief nie as uitgangspunt in hulpverlening benut behoort te word nie.

'n **Mediese/siektekonsep model** wat 'n belangrike bydrae gemaak het ten einde die stigma van alkohol- en dwelmafhanglikheid te verminder het derhalwe ontwikkel. Vir die doel van hierdie navorsingsverslag word die terme *mediese model*, *-perspektief* en *siektekonsep* as sinoniem beskou en sal dit by afwisseling in konteks gebruik word. Ten einde die maatskaplike werker se agtergrondskennis van die mediese model uit te brei, word daar spesifiek gefokus op agtergrond, uitgangspunte (fisieke, psigologiese en sosiaal/maatskaplike), terugval-voorkoming, tekortkominge in behandeling en Alkoholiste Anoniem (AA).

### (1) Agtergrond

Die eerste volwaardige beskrywing, volgens Heather & Robertson (1989:29) van afhanklikheid as siektekonsep was in die werke van Dr. Benjamin Rush (1745-1813) van Amerika. Een van sy bekendste publikasies, om en by 1785, het gehandel oor die effek van alkohol op die liggaam en brein. 'n Geneesheer in Brittanje, Thomas Trotter (1760-1832) was 'n verdere voorstander van die siektekonsep. Alhoewel Benjamin Rush en Thomas Trotter aanvanklik die idees en konsepte rondom die siektekonsep inisieer het, is dit E.M. Jellinek (1960) en medewerkers wat die erkenning vir die artikulering en verdere ontwikkeling van hierdie perspektief ontvang het. Die Amerikaanse Mediese Raad het in 1956 dié perspektief aanvaar en alkohol- en dwelmafhanglikheid is amptelik as 'n siekte verklaar (Andreasen & Black 1992:293, Heather & Robertson 1989:29-47 en Rivinus 1988:148).

### (2) Uitgangspunte

Die uitgangspunte van die **mediese perspektief** vervang die sonde en immoraliteitskonsep van die **morele perspektief** en fokus op die primêre, progressiewe, kroniese en terugval- aspekte van afhanklikheid as siekte (Lewis, Dana & Blevins 1988). Die drie verskillende teorieë wat die oorsaak van afhanklikheid beskryf, en wat deel uitmaak van die siektekonsep fokus op die volgende aspekte: afhanklikheid as 'n reeds bestaande fisieke abnormaliteit, afhanklikheid as 'n geestelike siekte of psigopatologie en afhanklikheid (bv. alkoholisme) as 'n verworwe afhanklikheid (Heather & Robertson 1989:65). Die eerste teorie van die siektekonsep, dat afhanklikheid as gevolg van 'n bestaande fisieke abnormaliteit veroorsaak word, impliseer dat die persoon 'n genetiese samestelling het wat die kans op afhanklikheid verhoog. Die tweede teorie, waar afhanklikheid as 'n geestelike siekte of psigopatologie beskou word, stem ooreen met die vorige klassifikasie alhoewel die predisponerende faktor 'n psigologiese abnormaliteit is en nie 'n fisieke abnormaliteit nie. Terminologieë om hierdie psigologiese abnormaliteite te verduidelik sluit in: "geestelike siekte", "psigopatologie", "neuroses" of "persoonlikheidsversteuring". Die derde teorie van die siektekonsep beskryf die aard van die oorsaak van afhanklikheid as 'n verworwe afhanklikheid. Dit impliseer dat dit nie aan enige predisponerende faktore toegeskryf kan word nie, maar dat enige persoon wat te veel alkohol byvoorbeeld gebruik,

daarvan afhanklik sal raak (Heather & Robertson 1989:65-79). Teen die agtergrond van bogenoemde teorieë oor die siektekonsep word hierdie uitgangspunte as volg bespreek.

#### (a) *Fisieke*

Heather & Robertson (1989:66) en Rivinus (1988:148) verduidelik dat een van die uitgangspunte van die mediese perspektief, chemiese afhanklikheid as die oorsaak van 'n onderliggende biochemiese versteuring beskou. Die invloed en rol van brein chemikalieë, gene en chromosome kan in verband gebring word met verskillende vorme van kompulsiewe gedrag. Ellis et al. (1988:13) verduidelik dat die oorsaak van so 'n versteuring 'n ongespesifiseerde siekteproses is wat kan lei tot obsessionele en kompulsiewe inname van byvoorbeeld alkohol. Met verwysing na bogenoemde bespreking van moontlike fisieke abnormaliteite verduidelik Marlatt & Gordon (1987:5) dat die mediese perspektief van die veronderstelling uitgaan dat die alkohol- en dwelmafhanklike nie sy dwelminname uit vrye wil kan kontroleer nie. Dit word verklaar aan die hand van die oorweldigende effek wat die interne fisiologiese dryfkrag, soos die hunkering en drang na en kompulsie vir dwelms by die persoon veroorsaak.

In die literatuur word die genetiese komponent as 'n oorsaak van afhanklikheid, dikwels bevraagteken. Na aanleiding van onlangse studies, volgens Blum & Noble (1991:6-8), Emsley (1991:1) en Wallace (1989:327), oor die invloed van genetiese faktore op die ontwikkeling van afhanklikheid, blyk dit dat genetiese faktore wel 'n rol speel in die ontwikkeling van afhanklikheid.

Na aanleiding van die werke van E.M. Jellinek wat dateer uit die sestigerjare en wat handel oor die fisieke uitgangspunte van die siektekonsep, verduidelik Goodyear (1989:9) en Meyer & Babor (1989:274-275) dat Jellinek vyf tipes alkoholisme geïdentifiseer het waarvan slegs twee, naamlik "gamma" en "delta", as siektes beskou word. Gemelde skrywers wys verder daarop dat Jellinek se siektekonsep van afhanklikheid hoofsaaklik op die verlies van kontrole en onvermoë tot onthouding behels, alhoewel hy dit nie spesifiek met enige biologiese prosesse in verband bring nie. Hughes (1989:5), Lewis, Dana & Blevins (1988:197) en Meyer & Babor (1989:275) som die belangrikste beginsels van Jellinek se siektekonsep, as volg op met spesifieke verwysing na alkoholafhanklikheid: (1) dat alkoholafhanklikes predisponerende eienskappe het wat verskil van dié van nie-afhanklikes, (2) dat alkoholafhanklikheid 'n permanente, onomkeerbare toestand is, (3) dat alkoholafhanklikheid 'n progressiewe siekte is wat 'n proses met spesifieke fases is, (4) dat alkoholafhanklikes nie hul inname kan kontroleer nie (kontroleverlies) en moontlik ook 'n onvermoë het om te stop, (5) dat alkoholafhanklikes 'n onweerstaanbare hunkering na alkohol ervaar, of 'n sterk psigologiese kompulsiwiteit het om te drink, en (6) dat die behandeling van alkoholafhanklikes algehele onthouding vereis.

Volgens die uiteensetting van die uitgangspunte van die siektekonsep is dit nie net op alkoholafhanklikheid nie, maar ook op die afhanklikheid van enige ander middels, van toepassing. Met spesifieke verwysing na dagga-afhanklikheid verduidelik Gold (1989:190) dat die benadering in die behandeling van afhanklikheid, eerder vanuit 'n mediese perspektief as 'n morele perspektief moet geskied. Die skrywer is ook van mening dat die dagga-afhanklike aan 'n biochemiese versteuring ly wat die dwelmmiddel se versterkende eienskappe verhoog. Die behandeling moet dus op die teorie naamlik, dat die persoon aan 'n fisiologiese versteuring ly, gebaseer word. Die skrywer beklemtoon dat die



uitgangspunt vermy moet word dat die persoon onder 'n persoonlikheidsversteuring gebuk gaan of 'n morele gebrek het.

Gold (1989:190-191) verduidelik dat die daggagebruiker (wat nie afhanklik is nie), dagga aanvanklike gebruik om stres soos interpersoonlike, ekonomiese of beroepsprobleme te hanteer. Die skrywer het bevind dat dagga-afhanklikes dagga nie as gevolg van stres gebruik nie, maar dat dit die dwelmiddel (dagga) self is wat die gebruik versterk. Dit veroorsaak dat die persoon met sy daggagebruik voortgaan, al is die stres nie meer teenwoordig nie. 'Voorts is laasgenoemde skrywer van mening dat afhanklikheid vanuit 'n mediese perspektief behandel moet word en dat dagga-afhanklikheid hoofsaaklik 'n siekte is van die verstand en sensustelsel. Die persoon het dus 'n abnormale sensitiviteit vir die dwelmiddel se primêre afhanklikheidsvormende eienskappe.

#### **(b) Psigologies**

Heather & Robertson (1989:65) en Hughes (1989:6) verduidelik dat 'n verdere uitgangspunt van die mediese perspektief is dat dwelmmisbruik 'n primêre siektetoestand is en wat as gevolg van onderliggende psigologiese versteuringe veroorsaak word. Die persoon het predisponerende psigologiese abnormaliteite wat hom meer vatbaar maak vir afhanklikheid. 'n Verdere aspek van hierdie uitgangspunt is dié van die afhanklike persoonlikheid. Teen die agtergrond van hierdie teorie, en in teenstelling met Gold (1989:190), blyk dit dat die oorsprong en die oorsaak van afhanklikheid nie as gevolg van die biochemiese of psigologiese effek van die dwelmiddel is nie, maar eerder as gevolg van die tipe persoonlikheid ter sprake (Hughes 1989:6).

Middleton (1991) verduidelik dat die rol wat 'n persoon se psigologiese eienskappe as oorsaak van afhanklikheid speel, erkenning geniet, maar dat daar nie predisponerende faktore by die persoon is wat hom noodwendig vatbaar maak vir afhanklikheid nie. Daar bestaan wel sekere persoonlikheidstreke waaraan die tipe gedrag en lewenstyl van die afhanklike persoon deurgaans gekenmerk word en wat volgens die DSM III-R (1987:354) as 'n afhanklike-persoonlikheidsversteuring beskryf word. Hierdie tipe persoonlikheidsversteuring word na aanleiding van die DSM III-R (1987) se diagnostiese kriteria van die afhanklike persoonlikheidsversteuring, geassesseer.

#### **(c) Sosiaal/Maatskaplik**

Die derde teorie van die siektekonsep, volgens Heather & Robertson (1989:79), beskryf alkoholafhanklikheid as voorbeeld van 'n soort vervorwe afhanklikheid. Die "siekte" van afhanklikheid, na aanleiding van laasgenoemde teorie, word dus as 'n *gevolg* (te veel gedrink), en nie as 'n *oorsaak* van predisponerende faktore nie (fisiek of psigologies), beskou. Daar is dus geen spesifieke pre-disponerende faktore wat die afhanklikheid veroorsaak nie. Die klem word dus geplaas op die dwelmiddel, byvoorbeeld alkohol, se afhanklikheidsvormende komponente, wat vir alkoholafhanklikheid verantwoordelik is.

Daar bestaan wel kritiek op die mediese perspektief naamlik dat die ander veroorsakende faktore ten opsigte van dwelmafhanklikheid geïgnoreer word. Volgens Lewis, Dana & Blevins (1988:196) is dit die sosiale milieu van die dwelmgebruiker wat 'n groot invloed op voortgesette dwelmgebruik uitoefen. Heather & Robertson (1989:144) meen dat die voorkoms van terugvalle nie direk met fisieke afhanklikheid verband hou nie, maar eerder as gevolg van

maatskaplike en psigologiese faktore is wat onmoontlik in die behandelingsproses vanuit 'n mediese perspektief geïgnoreer kan word.

### (3) Terugval-voorkoming

Lewis, Dana & Blevins (1988:196) verduidelik dat die primêre, progressiewe, kroniese en terugval aspekte van die mediese model nie beskrywend is nie, maar eerder filosofies van aard is. Dit neig om terugval-voorkoming (wat later volledig bespreek sal word) en behandelings-beplanning, in te kort. In aansluiting hierby bespreek Marlatt & Gordon (1987:7) die teenstellings van die mediese perspektief rakende kontrole. Aan die een kant gaan die mediese perspektief van die veronderstelling uit dat die afhanklike persoon nie oor die vermoë beskik om die dwelminname te kontroleer nie, weens interne fisiologiese faktore wat die afhanklikheid in stand hou. Aan die ander kant word vanuit die mediese perspektief aanbeveel dat die enigste wyse om die probleem te oorkom, is om lewenslank algehele soberheid te handhaaf. Op hierdie basis behoort die persoon dus slegs soberheid te handhaaf, en indien hy 'n terugval sou hê, sou dit as 'n verlies aan kontrole beskou word. Dit veroorsaak dus 'n tweeledige beperking op die resultaat, van die behandeling. Hierdie tweeledige beperking van die mediese perspektief, impliseer dat die persoon óf soberheid handhaaf (kontrole handhaaf) óf terugval (kontrole verloor).

Lewis, Dana & Blevins (1988:196) ondersteun die bogenoemde skrywers se siening dat die terugvalproses as een van die twee komponente van die mediese perspektief beskou word. Die gevolg is dat die persoon óf in 'n sober- óf terugvalfase is en voortdurend gemotiveer moet word om soberheid te handhaaf. Dit impliseer dan dat die "siekte" die oormag het en dat die dwelmgebruiker in die mag van die siekte vasgevang is. Die erns van die siekte word gemeet aan die aantal terugval-episodes.

In ooreenstemming met die belangrikste uitgangspunte van die mediese perspektief, en in teenstelling met bogenoemde skrywers se siening van terugval-voorkoming beskou Gold (1989:196) dagga-afhanklikheid as 'n kroniese afhanklikheid wat 'n progressiewe agteruitgang behels. Geen genesing is moontlik nie en lewenslange soberheid is die enigste voorskrif vir behandeling. Marlatt & Gordon (1987:8) is van mening dat indien die persoon sou aanvaar dat hy "siek" is en algehele alkohol- of dwelminname staak, die siektekonsep suksesvol benut kan word. Laasgenoemde skrywers verduidelik verder dat die vermoë om algehele onthouding en soberheid te handhaaf selde by die persoon aanwesig is. Dit beperk dus die moontlikhede vir die suksesvolle behandeling van die afhanklike aangesien 'n terugval, onsuksesvolle behandeling impliseer.

### (4) Tekortkominge in behandeling

Verskeie aspekte van die mediese perspektief se uitgangspunt vir behandeling, word gekritiseer. Lewis, Dana & Blevins (1988:197) kritiseer die feit dat die persoon as "siek" geklassifiseer word; en dat die persoon van sy vryheid, sy eie verantwoordelikheid sowel as die hoop op "genesing" ontnem word. In ooreenstemming hiermee verduidelik Heather & Robertson (1989:151) dat die konnotasie aan die term "siekte" impliseer dat dit 'n "siekte" is wat die persoon opgedoen het, en dat die siekte veroorsaak dat hy min kontrole daaroor het en dat die persoon ook nie daarvoor verantwoordelikheid hoef te aanvaar nie. Ter verdediging van die kritiek van die term, "siek", is Du Plessis



(1986:113) van mening dat die twee begrippe "genees" en "herstel", met die term "siek" in verband gebring moet word. Die terme "genees en gesond" beteken dat die persoon verlos is van die siekte, terwyl "herstel" beteken om in 'n vorige toestand teruggeplaas te word met die siekte steeds latent. Ten opsigte van dwelm- en alkoholafhanklikheid kan so 'n toestand, volgens bogenoemde skrywer, "herstel" word maar nie "genees" word nie.

Verdere kritiek op die term "siek", volgens Lewis, Dana & Blevins (1988:197), is die feit dat die dwelmgebruiker wat as "siek" beskou word, hulpverlening belemmer aangesien daar nie druk op 'n "siek" persoon uitgeoefen mag word nie. Voorts is bogenoemde skrywers van mening dat hierdie model dit vir die terapeut makliker maak om te weier om die mislukte behandeling te erken, aangesien die blaam geplaas kan word op die persoon se sogenaamde "siekte". Du Plessis (1987:114) huldig die siening dat 'n misbruik van die "siekte" as toestand, vermy kan word deur alleenlik in die inligtingsfase daarop te fokus. Die verantwoordelikheid om te herstel moet deurgaans op die dwelmgebruiker self geplaas word.

Voorts spreek Heather & Robertson (1989:153-157) kritiek uit op die feit dat die onaanvaarbare gedrag van die afhanklike as 'n "siekte" geëtiketteer word, asook kritiek op algehele onthouding van die betrokke dwelmmiddel as voorwaarde vir die herstel van die siekte. Soos die skrywers tereg opmerk is algehele onthouding in sommige gevalle die enigste oplossing vir die probleem, maar terselfdertyd is dit in ander gevalle nie 'n vereiste nie. Die feit dat die mediese perspektief algehele soberheid as vereiste voorhou, kan veroorsaak dat behandelingsresultate ingekort word.

#### (5) Alkoholiste Anoniem (AA)

Alkoholiste Anoniem (AA) is deur William Wilson (Bill W.) en Robert Holbrook Smith (Dr. Bob S.) op 10 Junie 1935 in Ohio gestig (Denzin 1987:94 en Heather & Robertson 1989:49). Die ontwikkeling en erkenning van die mediese perspektief van afhanklikheid, het AA se groei bevorder. AA definieer ook afhanklikheid as 'n mediese probleem en erken die religieuse en geestelike komponente wat daarmee saamhang (Ellis et al. 1988:13 en Heather & Robertson 1989:50-52).

Die mediese perspektief word dus hoofsaaklik as uitgangspunt vir AA (Alkoholiste Anoniem) en NA (Narkotika Anoniem) se benadering ten opsigte van behandeling gebruik (Lewis, Dana & Blevins 1988:197 en Rivinus 1988:149). Alhoewel die AA se program nie 'n formele behandelingsperspektief is nie, word dit wêreldwyd as 'n selfhelp-program vir die behandeling van afhanklikheid gebruik. Die AA definieer alkohol- en dwelmafhanklikheid as 'n siekte van die liggaam, verstand én gees. Die AA en NA neem verder die standpunt in dat alkohol- en dwelmgebruikers nie 'n swak wilskrag het nie, maar eerder dat hulle siek is, maar dat hulle wel oor die vermoë beskik om hulle van alkohol- en dwelmgebruik te weerhou.

#### 4.2.2 Sosiale leerteorie

As gevolg van die tekortkominge van die *mediese perspektief* volgens Rose-Colley & Cinelli (1992:86-88) is 'n alternatiewe perspektief van afhanklikheid voorgestel, naamlik die *leerperspektief*, ten einde 'n breër en meer

geïntegreerde oorsig van behandeling daar te stel.\* Vervolgens sal die leerspektief as agtergrond bespreek word, met spesifieke klem op die sosiale leerteorie.

Die **leerteorie** bestaan uit verskillende paradigmas ten einde gedrag te beskryf. *Klassieke kondisionering*, *operante kondisionering*, *sosiale leerteorie* en *kognitiewe leerteorie* word as die belangrikste paradigmas binne die leerperspektief beskou (Wolff 1989:85). Ter illustrasie word dit in Tabel 4.1 uiteengesit.

**TABEL 4.1: PARADIGMAS VAN DIE LEERTEORIE**



Laasgenoemde skrywer verduidelik dat gedrag in verskillende gedragskomponente verdeel word, naamlik **affektiewe**, **kognitiewe** en **motoriese komponente**. Dit blyk dat die beskrywing van gedrag vanuit één leerteorie alleen onvoldoende is en dat teorieë, paradigmas of modelle eerder op grond van komponente-analise geïntegreer behoort te word om sodoende gedrag ten volle te beskryf.

Teen die agtergrond hiervan verduidelik Hughes (1987:7) dat dit in die afgelope twee dekades die neiging was om afhanklikheid vanuit 'n multi-dimensionele model, gebaseer op die leerperspektief, te beskou. Hierdie perspektief verwys na die gedrags-leerperspektief met spesifiek verwysing na sosiale en omgewings invloede op die leerproses. Bornstein (1992:5) wys daarop dat daar ook veral klem gelê word op die rol van kognitiewe prosesse.

In aansluiting met Marlatt & Gordon (1987:8) wat die afhanklikheids-gedragsmodel as die derde perspektief beskou, naas die morele en mediese perspektiewe, verduidelik hulle dat hierdie perspektief op die beginsels van die sosiale leerteorie, kognitiewe sielkunde en eksperimentele sosiale sielkunde gebaseer word. Ooreenstemmend hiermee verduidelik Rose-Colley & Cinelli (1992:88) dat die leerspektief op afhanklikheid, op die sosiale leerteorie wat **gedrags-, sosiale, kognitiewe- en affektiewe faktore** insluit, gebaseer word. Die laasgenoemde skrywers som die doel van die leermodel as voig op: "*In terms of treatment procedures, the learned model advocates the development of life and cognitive coping skills, cognitive restructuring, and total lifestyle change in order to change maladaptive*



*behaviors...*"(Rose-Colley & Cinelli 1991:87). Ten einde die maatskaplike werker 'n basiese agtergrond te gee, word die belangrikste aspekte van die sosiale leerteorie bespreek.

### (1) Agtergrond

Wolff (1989:90) wys daarop dat volgens die sosiale leerteorie, gedrag tot 'n groot mate die resultaat van nabootsing of modellering is. Die sosiale leerteorie fokus verder op 'n meer komplekse leerproses waar kennis 'n sentrale rol speel. In ooreenstemming met Rose-Colley & Cinelli (1992:88) en Wolff (1989:90) som Heather & Roberson (1989:195) die sosiale leerteorie op as die sistematiese studie van wyses waarop die mens leer hoe om op te tree (gedrag), te dink (kognitief) en te voel (emosies).

Rose-Colley & Cinelli (1992:88) en Wolff (1989:90) verduidelik dat die sosiale leerteorie op vier prosesse in die aanleer van gedrag, staatmaak. Die skrywers gee 'n duidelike uiteensetting van hierdie prosesse wat die volgende insluit: **oplettendheid** (*attentional*), **onthouvermoë** (*retention*), **motoriese reproduksie** (*motor reproduction*) en **motivering** (*motivational*). **Oplettendheid** verwys na die observasie van gedrag, **onthouvermoë** na die vermoë om die gedrag te onthou, **motoriese reproduksie** na die persoon se vermoë om hierdie gedrag te reproduseer en **motivering** na die versterking of beloning as gevolg van die gedrag.

Ooreenstemmend met Hughes (1989:7) identifiseer Rose-Colley & Cinelli (1992) en Baldwin (1990:68) bykomende elemente van die sosiale leerteorie wat 'n belangrike rol speel in gedrag. Hierdie elemente behels die volgende: die **omgewing** as determinant en versterker van gedrag, versterking deur die **self** en **ander persone** (*vicarious reinforcement*) wat impliseer dat die persoon die gedrag beproef op grond daarvan dat hy andere observeer wat vir soortgelyke gedrag beloon word. Verdere elemente, volgens Rose-Colley & Cinelli (1992) is **selfvermoëndheid** (*self-efficacy*) wat verwys na die persoon se verwagting met betrekking tot sy vermoë om 'n situasie te kan hanteer, **gedragsvermoëns** (*behavioral capability*) wat fokus op die persoon se opinie van sy vermoë om die gedrag uit te voer, asook **uitset-verwagtinge** (*outcome expectancies*) wat die positiewe en negatiewe gevolge van die gedrag behels.

Ter samevatting som Rose-Colley & Cinelli (1992:88) die sosiale leerteorie as volg op: "*...social learning theory proposes that behavior will be learned if the behavior is attended to through observation; the behavior is able to be reproduced by the learner; reinforcements are forthcoming; the individual believes they can cope with the situation successfully and has the skill necessary to perform the behavior; and expects positive outcomes as a result of engaging in the behavior*".

### (2) Uitgangspunte van die sosiale leerteorie

Lewis, Dana & Blevins (1988:198) definieer dwelmmisbruik volgens die sosiale leerteorie as 'n individuele fenomeen wat nie maatskaplike faktore, omgewingsfaktore en die invloed van sleutelpersone in die ontwikkeling daarvan noodwendig uitsluit nie. Vervolgens sal daar kortliks gekyk word na afhanklikheidsvormende gedrag, verandering van gedrag en die belangrikste aannames van die sosiale leerteorie.

**(a) Afhanklikheidsvormende gedrag**

Marlatt & Gordon (1987:9) verduidelik dat afhanklikheidsvormende gedragspatrone vanuit 'n *sosiale leerperspektief* verteenwoordig word deur "slegte gewoontes" wat onder andere probleemdrinkery, rook, dwelmmisbruik, obesiteit en kompulsiewe dobbelary insluit. Afhanklikheidsvormende gedrag word gesien as herhaalde aangeleerde gewoontes ("overlearned habits") wat op 'n kontinuum lê wat strek van oormatige gebruik tot algehele onthouding. Die frekwensie of graad van hierdie afhanklikheidsvormende gedrag, hetsy die ongereelde gebruik, normale gebruik of oormatige gebruik van dwelmiddels word gesien as 'n leerproses (Baldwin 1990:68 en Marlatt & Gordon 1987:9).

**(b) Verandering van afhanklikheids-vormende gedrag**

In 'n poging om problematiese gedrag te verminder of dit te verander, kan hulpverlening vanuit verskillende modelle plaasvind. Daar sal hoofsaaklik op gedragsterapie gefokus word as uitgangspunt om gedrag te verander. Gedragsterapie, volgens Whittaker & Tracey (1989:193), is die sistematiese toepassing van beginsels vanuit die sosiale leerteorie ten einde gedrag deur middel van terapie te verander. Laasgenoemde skrywers verduidelik dat gedragbenaderings poog om nuwe, meer paslike gedrag aan te leer asook om kliënte te help om negatiewe en kontraproduktiewe responspatrone af te leer. In ooreenstemming met Wolff (1989:85) wat sê dat gedrag vanuit verskillende komponente beskryf moet word, verduidelik Bornstein (1992), Hughes (1989) en Whittaker & Tracey (1989) dat die fokus van gedragbenaderings oorspronklik op waarneembare gedrag en omgewings-stimulus geplaas is; en dat dit later begin klem lê het op die affektiewe en kognitiewe faktore van waarneembare gedrag. In aansluiting hiermee verduidelik Wilson (1987:350) en Baldwin (1990:68) dat die ontwikkeling van kognitiewe sosiale leerkonsepte 'n belangrike invloed op die behandeling van afhanklikheidsversteurings gehad het. In hierdie verband is die terugval-voorkomingsmodel van Alan Marlatt en medewerkers 'n welbekende kognitiewe-gedragmodel.

Coulshed (1991:128) beklemtoon die waarde van gedragsterapie in maatskaplike werk, veral waar gedragspatrone verander moet word. Die skrywer verduidelik dat gedragsterapie 'n wye verskeidenheid van wyses om gedrag te verander, insluit. Vir die doel van hierdie navorsingsverslag sal die verskillende gedragbenaderings -tegnieke nie bespreek word nie omrede daar aangeneem word dat die maatskaplik werker reeds oor die nodige teoretiese kennis beskik. Die teoretiese uitgangspunte van twee modelle van intervensie, naamlik die *veranderingsmodel* van Prochaska & DiClemente en die *terugval-voorkomingsmodel* van Marlatt en medewerkers, wat tans baie erkenning geniet in die behandeling van afhanklikheid, word wel later in die hoofstuk bespreek.

**(c) Belangrikste aannames van die sosiale leerteorie**

Die belangrikste ooreenstemmende aannames van die sosiale leerteorie om gedrag te verander, volgens Louw (1989:531) en Whittaker & Tracey (1989:45), is (1) dat dit op die huidige en teenwoordige fokus, (2) klem lê op waarneembare gedrag eerder as op ander veronderstelde oorsake, (3) abnormale gedrag word hoofsaaklik aangeleer en dat die klem op omgewingsinvloede lê eerder as op die persoon se persoonlikheid, (4) terapeutiese metodes word by die kliënt se probleem aangepas, (5) terapeutiese doelwitte is spesifiek, duidelik en meetbaar, (6) fokus is eerder op 'n korttermyn behandeling asook op die effektiwiteit en aanpassing van die tegnieke.

Vervolgens word die teoretiese uitgangspunte van die twee modelle vir intervensie bespreek wat tans baie erkenning geniet in die behandeling van afhanklikheid.



### 4.3 MODELLE VAN INTERVENSIË

Vir die doel van hierdie navorsingsverslag word daar slegs oorsigtelik gekyk na die teoretiese uitgangspunte van die **veranderingsmodel** en die **terugval-voorkomingsmodel** as waardevolle benuttingsmodelle vir intervensie in die hulpverleningsproses van die afhanklike. Daar word uitsluitlik op hierdie twee modelle gefokus omrede die modelle tans baie erkenning geniet in die veld van rehabilitasie, en daar van die veronderstelling uitgegaan word dat die maatskaplike werker oor die teoretiese agtergrondskennis ten opsigte van ander modelle van intervensie beskik. Vir die doel van hierdie hoofstuk, sal hierdie twee modelle nie in diepte bespreek word nie, maar die belangrikste teoretiese uitgangspunte, sal wel opsommend uitgelig word as agtergrond vir die maatskaplike werker.

#### 4.3.1. Veranderingsmodel

Die veranderingsmodel, wat deur Jim Prochaska en Carlos DiClemente (1983) verder ontwikkel is en voorgestel is as die **geïntegreerde veranderingsmodel** (*integrative model of change*), geniet tans wye erkenning in die bestudeerde literatuur oor die behandeling van afhanklikheid. Verskeie skrywers (Baldwin 1990:79, Davidson 1991:12, Heather & Robertson 1989:305, Miller 1989:67, Miller & Rollnick 1991:14, Raistrick & Davidson 1985:117 en Tober 1989:14) is dit eens dat die **geïntegreerde veranderingsmodel** invloedryke veranderinge in die behandeling van afhanklikes teweeggebring het. Die skrywers beskou hierdie model as 'n waardevolle instrument by die beplanning van die behandeling om sodoende 'n eklektiese benadering te verseker.

#### (1) Agtergrond

Prochaska en DiClemente (1983) se veranderingsmodel het ontwikkel vanuit die bestudering van die natuurlike proses van verandering. Hulle het 'n groep rokers bestudeer wat self gedragsverandering (om op te hou rook) teweeggebring het sonder enige formele hulpverlening (Miller 1989:69).

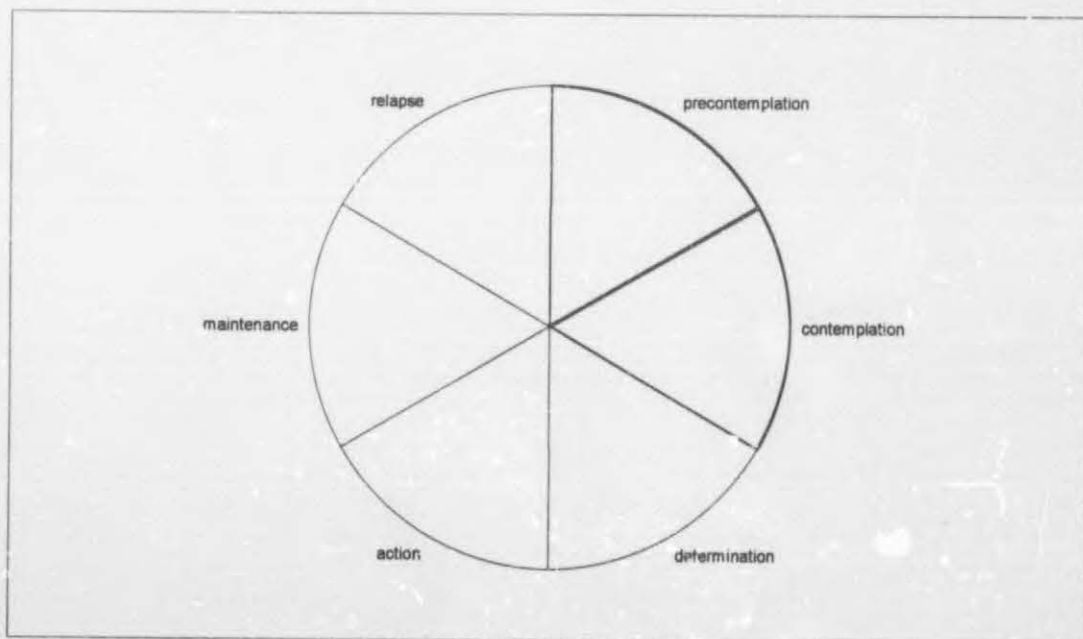
Die veranderingsmodel waarna Prochaska en DiClemente as 'n trans-teoretiese benadering (*transtheoretical approach*) verwys, word volgens Baldwin (1990:79) en Davidson (1991:12) gebaseer op 'n drie-dimensionele model wat verskillende *fases*, *prosesse* en *vlakke* van verandering insluit. Ten opsigte van die verwysing na die model as 'n "*transtheoretical approach*" verduidelik Davidson (1991:17) dat "*atheoretical*" 'n meer gepaste beskrywing vir die model is, omrede dit nie ten doel het om die aard, etiologie of ontwikkeling van afhanklikheidsvormende gedrag te beskryf nie.

Alhoewel gedragsverandering volgens drie dimensies geskied, naamlik in fases en prosesse en op vlakke, fokus die meerderheid van die bestudeerde literatuur (Davidson 1991, Heather & Robertson 1989, Marlatt & Gordon 1987, Miller 1989 en Tober 1989) op die **fases van verandering** wat vir die doel van hierdie navorsingsverslag bespreek sal word.

Na aanleiding van 'n integrering van bestudeerde literatuur (Baldwin 1990, Davidson 1991, Heather & Robertson 1989, Marlatt & Gordon 1987, Miller 1989, Miller & Rollnick 1991, Raistrick & Davidson 1985 en Tober 1989) word die belangrikste uitgangspunte ten opsigte van die fases van die model van verandering vervolgens bespreek.

## (2) Uitgangspunte

Volgens bogenoemde skrywers word die proses van gedragsverandering as 'n sirkel met fases voorgestel, soos in Figuur 4.1. Hierdie fases sluit in: (i) **vooraf-oorweging** (*precontemplation*), (ii) **oorweging** (*contemplation*), (iii) **determinasie** (*determination*), (iv) **aksie** (*action*), (v) **handhawing** (*maintenance*) en (vi) **terugval** (*relapse*). Miller & Rollnick (1991:15) verduidelik dat die sirkel, oftewel "wheel of change", uit vier, vyf of ses fases kan bestaan. In hierdie bespreking sal daar na al ses fases wat deel uitmaak van die sirkel, gekyk word. Die bestudeerde literatuur is dit eens dat die toetrede tot verandering, volgens die sirkel met fases, by die *vooraf-oorweging* fase geskied en die permanente uittrede by die *handhawings* fase. Indien die veranderde gedrag nie gehandhaaf word nie en die individu 'n terugval ervaar, beweeg hy na die terugvalfase van die model. Die belangrikste elemente van suksesvolle gedragsverandering behels dat die persoon vordering maak van *vooraf-oorweging* (*pre-contemplation*) na *oorweging* (*contemplation*) na *aksie* (*action*) en uiteindelik na *handhawing* (*maintenance*). Wanneer die individu 'n terugval ervaar moet die proses van verandering weer vanuit die fase van vooraf-oorweging, oorweging, of aksie geïnisieer word (Baldwin 1990, Davidson 1991, Heather & Robertson 1989, Miller 1989, Miller & Rollnick 1991 en Tober 1989).



**FIGUUR 4.1: VERANDERINGSMODEL**

(Uit: Miller 1989:69)



**(a) Fases**

Die fases kan as volg verduidelik word: Voordat die individu sy dwelmgedrag kan verander moet hy deur die kognitiewe prosesse van *vooraf-oorweging*, *oorweging* en *determinasie* gaan ten einde *aksie* te bewerkstellig en die veranderende gedrag *te handhaaf*. Dit is duidelik dat hierdie model 'n siklus van verandering verteenwoordig en dat gedragsverandering nie liniêr beskou kan word nie (Baldwin 1990:78).

**(i) Vooraf-oorweging (pre-contemplation)**

**Vooraf-oorweging** is die fase waarin die persoon nog nie van enige probleme wat met sy dwelmmisbruik verband hou, bewus is nie, en hy het geen behoefte om hierdie gedrag te verander nie. Miller (1989:69) wys daarop dat wanneer daar na 'n individu as 'n vooraf-oorweger verwys word, dit impliseer dat daar wel 'n probleem is wat deur andere waargeneem kan word, maar dat die persoon self dit nie so sien nie. Hierdie fase word deur Davidson, Rollnick & McEwan (1991:14) en Miller & Rollnick (1991:15) buite die sirkel voorgestel en hulle beskou hierdie fase as die toetrede tot die sirkel van verandering.

**(ii) Oorweging (contemplation)**

Miller & Rollnick (1991:16) meen dat wanneer daar 'n bewustheid ten opsigte van die probleem is, die individu 'n periode van ambivalensie betree wat die fase van **oorweging** genoem word. Die individu raak volgens Heather & Robertson (1989:304), bewus van sommige van die probleme wat volg uit die dwelmgebruik en die opweging tussen die voordele en nadele van staking of vermindering of volgehoue dwelmgebruik vind plaas. Die persoon begin dink daaraan om te verander.

**(iii) Determinasie (determination)**

Miller (1989:70) verduidelik dat die determinasie fase verwys na die oorweging om te verander, naamlik om na die positiewe kant toe oor te beweeg. Laasgenoemde skrywer en Miller & Rollnick (1991:17) beskryf hierdie fase as 'n venster wat vir 'n periode van tyd oopgemaak word. Indien die individu deur hierdie fase (venster) beweeg, word die veranderingsproses voortgesit. As die individu nie hierdeur beweeg nie, word die venster toegemaak en hy plaas homself weer terug in die oorwegings- of vooraf-oorwegingsfase.

**(iv) Aksie (action)**

Die aksie fase behels die praktiese pogings wat aangewend word om die dwelmgebruik te verminder of te staak. Hierdie fase, volgens Davidson (1991:13), verwys na "... the age-old idea of reaching a turning-point in life when a commitment to alter behaviour is made." Die individu besluit op 'n strategie vir verandering en voer dit uit. Miller (1989:70) en Miller & Rollnick (1991:17) wys daarop dat hierdie fase oor die algemeen as die **behandeling of terapie** van die dwelmgebruiker beskou word.

**(v) Handhawing (maintenance)**

Davidson, Rollnick & McEwan (1991:13) verwys na **handhawing** as die fase wat volg nadat die individu die besluit geneem het om te verander en hy die **handhawingsfase** waarin nuwe gedrag gehandhaaf moet word en gewoontes versterk word, betree. Handhawing is 'n werklike uitdaging by die verandering van afhanklikheidsvormende gedrag en is ook die belangrikste fase volgens Marlatt en Gordon (1987:23) as gedragsverandering gehandhaaf wil word en

om 'n terugval te verhoed. Die bekende aanhaling van Mark Twain bevestig die probleem van handhawing: "*It's easy to quit smoking, I've done it a thousand times*". Dit is nie moeilik om die dwelmgebruik te staak nie, maar dit is egter moeilik om sober te bly (Miller 1989:70) omrede die individu gedurende hierdie fase voor versoekinge, stressors en die moontlikheid om terug te keer na ou gedragsspatrone, te staan kom (Marlatt & Gordon 1987:23).

#### (vi) Terugval (relapse)

Wanneer die pogings misluk om hierdie nuwe gewoontes te handhaaf, kom terugvalle voor en die persoon beweeg terug in die vooraf-oorweging, oorweging, determinasie, of aksie fase. Saunders & Allsop (1987:419) sê dat die model van verandering, terugvalle as deel van die proses van dwelmgebruik beskou en soos reeds verduidelik, na 'n terugval, die individu weer tot die proses van verandering in enige van die fases kan toetree hetsy in die vooraf-oorweging, oorweging, determinasie of aksie fase. Laasgenoemde skrywers verduidelik dat 'n terugval die wyse is waarop 'n individu terugbeweeg na enige van die vorige fases.

### (3) Benuttingswaarde

Heather & Robertson (1989:306) merk tereg op dat vele behandelingsmetodes op die **aksie fase** gerig is nadat die persoon die besluit geneem het om te verander. Minimale aandag is tot dusver geskenk aan metodes en wyses wat die persoon sal aanmoedig om van die **oorwegingsfase** na die **aksie fase** oor te gaan. Dit is hier waar die werke oor **motiverende onderhoudvoering** (*motivational interviewing*) waardevol benut kan word. 'n Belangrike sisteem ten einde die afhanklike se motivering vir verandering te verhoog is deur William F. Miller (1983) ontwerp en staan as **motiverende onderhoudvoering** (*motivational interviewing*) bekend. Hierdie sisteem word as basis gebruik om verandering volgens die **veranderingsmodel**, teweeg te bring. Die belangrikste aspekte van *motiverende onderhoudvoering* word in Hoofstuk 5 bespreek. Heather & Robertson (1989:306) verduidelik verder dat belangrike bydraes deur Marlatt en medewerkers se model van terugval-voorkoming gelewer is ten opsigte van die oorgangsfase tussen die **aksie fase** en die **handhawingsfase**. Die toepassing van hierdie model tydens intervensie sal in Hoofstuk 5 bespreek word. Vervolgens word die belangrikste uitgangspunte van die model van terugval-voorkoming bespreek.

#### 4.3.2 Terugval-voorkomingsmodel

Verskeie skrywers (Annis & Davis 1989, Baldwin 1990, Bennett 1989, Joubert 1988, Joubert & Langley 1986, Krippenstapel 1988, Langley 1985, Lewis, Dana & Blevins 1988, Marlatt & Gordon 1987, Saunders & Allsop 1987, 1991 en Scott 1989) beklemtoon die noodsaaklikheid van terugval-voorkoming as 'n element in die behandelingsprogram van die alkohol- en dwelmafhanklike.

#### (1) Agtergrond

In ooreenstemming met Meyer & Babor (1989:281), Rose-Colley & Cinelli (1992:88-89) bevestig Marlatt & Gordon (1987:3) dat die **terugval-voorkomingsprogram** op die beginsels van die **sosiale leerperspektief** gebaseer word. Joubert & Langley (1990:169), Rose-Colley & Cinelli (1992:88), Morgenstern & McCrady (1992:902) en Wilson (1987:350) verduidelik verder dat die ander teorie waarop terugval-voorkoming ook gebaseer word, die **kognitiewe**



**gedragsteorie**: is. Hierdie teorie behels die aspekte van denke, houdings, menings, toeskrywings en verwagtinge en die impak daarvan op gedrag. Marlatt & Gordon (1987:3) en Rose-Colley & Cinelli (1992:88-89) verduidelik opsommend dat **terugval-voorkoming** 'n selfkontrole-program is wat die aanleer van gedragsvaardighede, kognitiewe intervensies en verandering van lewenstyl-prosedures kombineer. Dit verwys spesifiek na intervensies wat gebaseer word op die beginsels en tegnieke van gedragsterapieë wat gebruik word om 'n persoon se kennis te verander en wat gevolglik tot gedragsverandering lei.

## (2) Uitgangspunte

Die definiering van 'n terugval, hoë-risiko situasies vir 'n terugval, die voorkoming van terugvalle, en die terugval self word vervolgens oorsigtelik bespreek.

### (a) Definisie

Dit is duidelik vanuit die bestudeerde literatuur dat 'n terugval op verskillende wyses gedefinieer kan word. Saunders & Allsop (1987:418) meld dat vanuit die tradisionele teorieë van dwelm- en alkoholprobleme, 'n terugval as die verlies van kontrole beskou is wat geskied omdat die hunkering na die middel van afhanklikheid te sterk geword het. Indien 'n terugval beskou word as die gebruik van die dwelmmiddel nadat daar 'n periode van onthouding was, sal die voorkoms van sogenaamde terugvalle volgens bogenoemde skrywers, baie hoog (90%) wees. 'n Ander definisie, is dat daar teruggekeer word na die vlakke van die siektetoestand waarin die persoon voor behandeling verkeer het; die voorkoms van sulke terugvalle sal gemiddeld 45-50% wees.

Joubert & Langley (1990:169) verduidelik dat terugvalle as 'n *voorval (event)* of as 'n *proses* beskou kan word. In teenstelling met die algemene standpunt van die mediese model naamlik dat die persoon óf dwelmmiddels gebruik óf algehele soberheid handhaaf, word terugvalle vanuit die sosiale leerperspektief as 'n proses beskou. Marlatt (1978) stel 'n kognitiewe-gedragsanalise voor wat daarop gebaseer is dat 'n terugval in stappe plaasvind en dat 'n eenmalige terugval as 'n "glips" (*lapse*) en nie as 'n algehele terugval nie beskou moet word. Hierdie beskouing impliseer dat 'n "glips" die een- of meermalige gebruik van dwelmmiddels behels, terwyl 'n terugval die terugkeer na die persoon se vorige ongewenste, of selfs 'n erger vlak van dwelmgebruik is en wat ongewenste funksionering tot gevolg het (Joubert & Langley 1986:86).

Meer werkbare definisies volgens Saunders & Allsop (1987:418) van wat 'n terugval is, is: "...a reversal, either temporary or permanent, in a resolution to change" of "...a breakdown or failure in a person's attempt to change or modify any target behavior". Albei hierdie definisies fokus op terugval as 'n proses waarvan die uiteinde beïnvloed en verander kan word. Die skrywers beskou 'n terugval as 'n interaktiewe proses wat die individu en sy omgewing insluit.

### (b) Hoë-risiko situasies

'n Hoë-risiko situasie, volgens Joubert & Langley (1986:87) is enige situasie waarin die afhanklike kan beland wat die moontlikheid vir 'n "glips" en/of 'n terugval vergroot. Saunders & Allsop (1987:421) verduidelik dat terugvalle

voorkom wanneer die individu homself in 'n situasie bevind waar sy hanteringsmeganismes oorweldig word en hierdie insidente het dan weer dwelmgebruik tot gevolg. Hierdie situasie word dan as 'n hoë-risiko situasie beskou.

Marlatt & Gordon (1987:37) bespreek die presipiterende faktore wat tot terugvalle lei na aanleiding van eksperimentele studies deur die genoemde skrywers en medewerkers. Die meerderheid (35%) van terugvalle geskied as gevolg van **negatiewe emosies** soos woede, angstigheid, frustrasie, depressie en vervelheid. Naas negatiewe emosies is dit **sosiale druk** (omgewingsfaktore en peergroepdruk) wat tot 20% terugvalle lei terwyl **interpersoonlike konflik** (argumente en konfrontasies met gesinslede, vriende, geliefdes en medewerkers) vir 16% van terugvalle verantwoordelik is. Die skrywers het ook gevind dat dieselfde drie hoë-risiko situasies met ander afhanklikheidsvormende gedragspatrone soos dobbel, obesiteit, probleemdrinkery, dwelmafhanglikheid en rook geassosieer kan word. Indien die individu 'n effektiewe kognitiewe- of gedrags-hanteringsmeganisme in 'n hoë-risiko situasie aanwend kan die moontlikheid op 'n terugval aansienlik verminder word.

#### **(c) Voorkoming van terugvalle**

Annis & Davis (1989:170) en Baldwin (1990:70) bespreek opsommend die doel van die voorkoming van terugvalle in die behandelingsproses. Annis & Davis (1989:170) wys daarop dat terapie begin met 'n analise van die kliënt se hoë-risiko situasies van dwelmgebruik asook 'n bepaling van die kliënt se risiko-situasie wat strek van die kleinste tot die grootste risiko. Volgens die bogenoemde skrywers is die doel van terapie die ontwikkeling van 'n verhoogde bewustheid van gedrag en die maak van keuses in terme van gedrag; verhoogde hanteringsvaardighede en groter selfkontrole. Volgens Annis & Davis (1989) en Baldwin (1990), sluit dit verder 'n verhoging van die kliënt se selfvermoëndheid (*self-efficacy*) of vertroue in die hantering van hoë-risiko situasies in. Hierdie verskillende doelstellings, kan bereik word deur die herkenning van hoë-risiko situasies en die hantering daarvan, asook deur middel van die verandering van gedragspatrone om sodoende te verhoed dat 'n glip (*lapse*) in 'n terugval ontwikkel.

Teen die agtergrond van hoë-risiko situasies en in aansluiting met Baldwin (1990) en Scott (1989:71) verduidelik Joubert & Langley (1990:169) dat terugval-voorkoming, behels dat kliënte vaardighede aanleer om moontlike terugval-situasies te hanteer. Dit stel die individu in staat om situasies te hanteer waarvoor hy voorheen vatbaar was. Die aanleer van vaardighede vind plaas; die vaardighede word geïntegreer en gehandhaaf deurdat wanfunksionele gedrag wat gewoonlik dwelmverwant is, verander word. Scott (1989:71) wys daarop dat gedragsverandering as een van die doelstellings van die terugval-voorkomingsmodel juis klem lê op die verandering van afhanklikheidsvormende gedragspatrone. 'n Verdere aspek, volgens Scott (1989:75), behalwe die hoë-risiko situasies, is daaglikse irritasies (*hassles*) wat oor 'n persoon se pad kom en wat 'n belangrike determinant vir terugvalle is. Die skrywer noem dat 'n probleemoplossende benadering die ideale uitgangspunt is om die kliënt te leer om probleme te hanteer.

#### **(d) Terugval volgens die veranderingsmodel**

'n Belangrike aspek van terugval word deur Saunders & Allsop (1991:74) uitgelig en verduidelik dat volgens die veranderingsmodel, 'n terugval nie soseer as 'n "fase" beskou moet word nie. Terugval is in werklikheid die wyse waarop 'n individu na vorige fases terugkeer. Handhawers wat dus in die handhawingsfase verkeer, verhoed dus terugvalle. 'n Terugval is 'n proses of 'n insident wat die handhawer terugplaas in 'n vorige fase, maar is nie opsigself



'n fase nie. Met verwysing na die veranderingsmodel, volgens Heather & Robertson (1989:306), kan terugvalvoorkoming as uitgangspunt tydens intervensie in die fases van aksie en handhawing waardevol benut word. Die hantering van terugvalle sal in Hoofstuk 5 bespreek word.

#### 4.4 SAMEVATTING

Die ontwikkeling van teorieë en modelle ten einde afhanklikheidsvormende gedrag te beskryf en te behandel fokus op 'n wye verskeidenheid leerskole en denkrigtings. Die uitgangspunte van die morele perspektief van afhanklikheid is deur die mediese perspektief/siektekonsep vervang. Die belangrikste teorieë van die mediese perspektief beskryf die oorsake van afhanklikheid as fisieke en psigologiese abnormaliteite asook dat dit deur die persoon self veroorsaak is (verworwe afhanklikheid). Die sosiale leerteorie as perspektief met betrekking tot afhanklikheid, beklemtoon die persoon en die omgewing as belangrike determinante by die ontwikkeling van afhanklikheidsvormende gedragspatrone. Afhanklikheid wat gebaseer word op die sosiale leerteorie fokus verder op gedrags-, sosiale-, kognitiewe- en affektiewe faktore. Dit is dus duidelik dat in die hulpverleningsproses van die dwelmgebruiker en -afhanklike 'n eklektiese benadering toegepas moet word, en dat één model of teorie nie alleen gebruik kan word nie. 'n Eklektiese benadering sal die maatskaplike werker in staat stel om hulpverlening volgens 'n omvattende wyse te laat geskied. In die volgende hoofstuk word daar gekyk na die belangrike aspekte in die hulpverleningsproses aan die dwelmgebruiker.

## HOOFSTUK 5

### HULPVERLENING AAN DIE DWELMGEBRUIKER

#### 5.1 INLEIDING

Gespesialiseerde klinieke en behandelingsentrums vir die dwelmgebruiker in Suid-Afrika is hoofsaaklik in stedelike gebiede gekonsentreer. Op die platteland is daar egter beperkte gespesialiseerde hulpbronne vir die maatskaplike werker tot beskikking om dwelmafhanklikheid te behandel. Gevolglik ervaar die maatskaplike werker dikwels onsekerheid oor hoe om effektiewe hulp aan die dwelmgebruiker te verleen. Met verwysing na die doclestellings van hierdie navorsingsverslag, om die maatskaplike werker se kennisvlak oor dwelmmiddels en die hantering van die dwelmgebruiker uit te brei, word daar in hierdie hoofstuk hoofsaaklik gelet op die belangrikste aspekte van hulpverlening.

#### 5.2 KENNISVLAK EN VAARDIGHEDEN VAN DIE MAATSKAPLIKE WERKER

Die huidige kennisvlak en vaardighede waaroor die maatskaplike werker reeds beskik, is waardevol en dien as 'n basis in hulpverlening aan die dwelmgebruiker. Desnieteenstaande is verdere opleiding, volgens King & Lorenson (1989:379), noodsaaklik ten einde effektiewe behandeling van die alkohol- en dwelmgebruiker te verseker. Leckie (1990:56) identifiseer die waarde van die maatskaplike werker se intervensie-vaardighede met spesifieke verwysing na onderhoudvoering en assessering in die hantering van kliënte met alkohol- of dwelmprobleme. Hierdie vaardighede sluit in die toepassing van krisisingryping, sisteemberaderings en taakgesentreerde benaderings. In die praktyk is die toepassing van bogenoemde benaderings veral waardevol in die behandeling van die afhanklike, asook die hantering van krisissituasies wat volg uit dwelmgebruik. Die dwelmgebruiker moet nie in isolasie nie, maar binne die sisteem behandel word en die toepassing van die taakgesentreerde benadering kan effektief benut word in die verandering van gedrag. Die uitbreiding van gespesialiseerde kennis oor die hantering van die dwelmgebruiker sal die maatskaplike werker in staat stel om haar huidige kennisvlak en vaardighede te integreer en om beraad te individualiseer om sodoende in die dwelmgebruiker se behoeftes te voorsien.

Dwelmgewuik en -afhanklikheid is 'n maatskaplike probleem en die maatskaplike werker, veral op die platteland, met beperkte hulpbronne tot haar beskikking word genoodsaak om hierdie probleem te hanteer ongeag haar voor- of afkeure. Van der Walt & Van der Westhuizen (1990:304) noem dat alhoewel die literatuur ryk is aan die beskrywing van alkoholisme as maatskaplike probleem, daar 'n leemte bestaan aan riglyne met betrekking tot die hantering van die alkoholafhanklike kliënte. Hierdie leemte aan riglyne vir hulpverlening is nie net van toepassing op die alkoholafhanklike kliënt nie, maar ook op die dwelmafhanklike kliënt. Dit is derhalwe van uiterste belang dat die maatskaplike werker oor die korrekte houding moet beskik en haarself moet voorberei deur verdere opleiding te ontvang ten einde sinvolle hulpverlening aan die dwelmgebruiker te bied.



Ten einde die probleem van misbruik of afhanklikheid van enige dwelmmiddel te kan hanteer, beklemtoon Leckie (1990:47) dat opleiding nie ophou sodra die maatskaplike werker gekwalifiseer is nie. Die skrywer benadruk die feit dat maatskaplike werkers tot 'n groot mate te doen kry met die misbruik van dwelmmiddels en probleemdrinkery, en daarom is dit die verantwoordelikheid van welsynsorganisasies om verdere opleiding van die personeel in hierdie verband te verseker. Hierdie verantwoordelikheid berus ook by organisasies wat spesialiseer in afhanklikheid.

Verbandhoudend met die feit dat verdere opleiding noodsaaklik is, wys Compton & Galaway (1989:47) daarop dat wanneer die maatskaplike werker oor beperkte kennis beskik ten opsigte van die hantering van 'n spesifieke probleem sy geweldig baie stres ervaar. Die maatskaplike werker kan wel die proses van hulpverlening vergemaklik deur 'n aktiewe leerproses te volg oor die aard van die probleem, asook deur 'n wetenskaplike metode toe te pas in hulpverlening. Alaszewski & Harrison (1992:337), Baldwin (1991:71) en Leckie (1990:49) wys daarop dat maatskaplike werkers oor die algemeen, na voltooiing van hul opleidingskursusse, van mening is dat hul oor min of geen kennis beskik en dat hulle onseker voel oor hul vaardighede in die hantering van die probleemdrinker of dwelmafhanklike. Angstigheid omtrent die toereikendheid van hul rol word ervaar, en sluit in die onvermoë om die probleem te identifiseer asook om dit te hanteer, en 'n gevoel van wanhopigheid word ervaar. Van Wormer (1987:342) bied 'n oplossing aan vir die beperkte opleiding wat studente ontvang om dwelmafhanklikheid te hanteer. Hy verduidelik dat kennis oor die fisieke en psigologiese aspekte van afhanklikheid, asook afhanklikheidsberaad, deurgaans tydens opleiding geïntegreer moet word en nie slegs 'n eenmalige kursus moet wees nie. 'n Verdere aanbeveling is dat universiteite en opleidingsinstansies, maatskaplike werkers wat spesialiseer in afhanklikheidsberading, moet werf as dosente ten einde rolmodelle daar te stel.

Indien verder opleiding nie geskied nie, verduidelik Compton & Galaway (1989:47) dat maatskaplike werkers die stres wat ervaar word en onvermoë om die probleem te hanteer, (weens onvoldoende kennis) op verskillende wyses hanteer. Die maatskaplike werker hanteer die spesifieke probleem deur te probeer vergeet dat sy oor onvoldoende kennis beskik en dit het derhalwe geen groei tot gevolg nie. Andersyds word die gebrek aan kennis beklemtoon en 'n hulpelose posisie word ingeneem, opsoek na professionele persone wat die probleem kan hanteer. 'n Verdere hanteringswyse is om die professie te blameer vir hul ongemak oor en onvermoë om die dwelmgebruiker te help. Hoe die maatskaplike werker die probleem ookal hanteer, die hulpverleningsproses aan die dwelmgebruiker word noodwendig as gevolg van hierdie gebrekkige kennis belemmer. Ten einde die maatskaplike werker se taak te vergemaklik, word die belangrikste beginsels en tegnieke wat toegepas word in hulpverlening aan die dwelmgebruiker, vervolgens uitgelig. 'n Oorsigtelik bespreking van die belangrikste beginsels en tegnieke soos van toepassing op die dwelmafhanklike sal volg, aangesien daar van die veronderstelling uitgegaan word dat die maatskaplike werker oor die basiese kennis beskik.

### 5.3 HULPVERLENING

Alhoewel die kennis van dwelmmiddels en -afhanklikheid volgens King & Lorenson (1989:379) en Leckie (1990:57), 'n belangrike element in hulpverlening is, is daar belangrike beginsels en tegnieke wat in besonder effektief is in die

hantering van die dwelmgebruiker. In hierdie afdeling sal die belangrikste beginsels en tegnieke uitgelig word, asook die teoretiese agtergrond van motiverende onderhoudvoering (*motivational interviewing*).

### 5.3.1 Beginsels

Weens die feit dat die dwelmgebruiker se verhoudings normaalweg gekenmerk word aan wantroue, wanopvattinge, argumente en konflik, is verskeie skrywers (Baldwin 1990:72, Leckie 1990:57, Miller 1989:73) dit eens dat 'n goeie verhouding met die kliënt noodsaaklik is. In die praktyk is die waarde van 'n goeie verhouding, vanaf die eerste kontak met die kliënt, beduidend vir die effektiwiteit van verdere hulpverlening. Die belangrikste beginsels om 'n goeie verhouding daar te stel, volgens Baldwin (1990:72) en Leckie (1990:57-58), sluit in vertroue, betroubaarheid, begrip, aanvaarding, aanmoediging, warmte, respek en empatie. Vervolgens word die houding van die maatskaplike werker, 'n empatiese meelewing, belangstelling en opregtheid, vertroue en kalmte asook volharding, oorsigtelik bespreek.

#### (a) Houding van die maatskaplike werker

Verskeie skrywers (Baldwin 1990, Du Toit 1988, Kent 1990, Leckie 1990, Miller 1990, Miller & Rollnick 1991 en Van Bilsen & Van Emst 1989) beklemtoon die waarde van 'n nie-veroordelende houding en 'n onvoorwaardelike positiewe gesindheid teenoor die dwelmgebruiker. Du Toit (1988:254) en King & Lorenson (1989:378) wys daarop dat maatskaplike werkers nie oor voldoende kennis van dwelmafhanklikes beskik nie en derhalwe nie op hul gemak is wanneer hulle hulp aan die dwelmafhanklike verleen nie. Dit beïnvloed noodwendig die maatskaplike werker se houding teenoor die kliënt negatief. Die maatskaplike werker moet daarteen waak om weerstand teen die verskynsel van dwelmafhanklikheid te koester. Indien weerstand teenwoordig is, sal dit die atmosfeer en beginsel van aanvaarding tussen terapeut en kliënt benadeel. Du Toit (1988:255) en Miller & Rollnick (1991:56) wys daarop dat aanvaarding nie goedkeuring impliseer nie, maar wel toleransie van die afwykende gedrag. Dit impliseer nie kritiek of blaam nie, maar wel 'n nie-veroordelende houding ten einde volgehoue vertroue, eerlikheid en respek gedurende hulpverlening, moontlik te maak.

Okun (1992:31) som die houding van 'n effektiewe hulpverlener as volg op: "*...the effective helper views people as being able rather than unable, worthy rather than unworthy, dependable rather than undependable, helpful and friendly rather than hindering and alienating, optimistic about others rather than negative*". Hierdie opsomming van die korrekte houdings teenoor die kliëntsisteem is teenstydig met die algemene houdings van maatskaplike werkers oor dwelmgebruikers dat hulle normaalweg as ongemotiveerde, aggressiewe, verdedigende, manipulerende, onvoorspelbaar en as "moelike" kliënte beskou word. Indien die maatskaplike werker, volgens King & Lorenson (1989:378) en Leckie (1990:44), hierdie beskouinge teenoor dwelmgebruikers handhaaf, en volgens Van Wormer (1987:428) pessimisties is oor hulpverlening, hou dit ernstige implikasies in vir die kliënt met 'n dwelmprobleem asook vir die sukses van die hulpverleningsproses. Baldwin (1990:81), Baldwin (1991:45) en Miller (1989:67) beklemtoon dat die mees algemene konsep in hulp aan die dwelmgebruiker, die kliënt se motivering is. Indien die kliënt nie in hulpverlening saamwerk nie, of wanneer hulpverlening misluk, word dit aan die "ongemotiveerdheid" van die kliënt en aan die "ontkenning" van die probleem, toegeskryf. Die "ontkenning" van die kliënt word gebruik



om die weerstand wat die kliënt gebied het, om sy gedrag te verander, te beskryf. Die houding dat afhanklikes normaalweg "ongemotiveerd" is en daarom hul dwelmprobleem "ontken", moet vermy word omrede dit 'n maklike uitweg is vir die maatskaplike werker om hulpverlening wat misluk het, te regverdig. Dit is juis die taak van die maatskaplike werker om die kliënt te motiveer om te verander en deur hulpverlening die proses van verandering te insicêr en te handhaaf. Dit sal later in hierdie hoofstuk bespreek word.

#### ***(b) Empatiese meelewing***

Volgens die bestudeerde literatuur (Baldwin 1990, Leckie 1990, Miller 1989, Miller & Rollnick 1991, Tober 1991 en Van Bilsen & Van Emst 1989) word die belangrikheid van empatie in die behandeling van die dwelmgebruiker, benadruk. Navorsing oor die behandeling van dwelmafhanklikes wat deur Du Toit (1988:256) gedoen is, het getoon dat 13,6% van die respondente dit wel as 'n beperking ervaar dat die maatskaplike werker hulle nie altyd verstaan nie. Lewis, Dana & Blevins (1988:127) wat in ooreenstemming met genoemde skrywers, empatie beskou as die essensie van berading met die afhanklike, beskryf dit as mede-gevoel ("*fellow feeling*") terwyl Means & Thorne (1990:39) dit as die bewustheid en sensitiwiteit vir die kliënt se ervarings en persepsies beskou. Empatie is die gevoel en houding van die terapeut wanneer 'n geheelbeeld van die afhanklike se gevoelens, ervarings en belewings verkry word, asof die terapeut dit self ervaar, en sonder om subjektief betrokke te raak (Egan 1990:78). Die terapeut moet "teenwoordig" of meelewend wees om aan die kliënt begrip vir sy gevoelens en situasie oor te dra. Miller (1989:73) verduidelik dat empatie nie verwar moet word met die *identifisering* of *ervaring* van dieselfde probleem nie. Met ander woorde, die effektiwiteit van beraders en hulpverlening, berus nie daarop dat beraders dieselfde ervaring moes deurgemaak of dieselfde probleem moes ervaar het nie.

Opsommend behels empatie dus die oordrag van begrip vir die dwelmgebruiker se ervaringe, gedrag en gevoelens deur middel van 'n objektiewe reaksie by die maatskaplike werker wat aantoon dat die kliënt se situasie verstaan word. Dit is noodsaaklik dat die dwelmgebruiker 'n gevoel van begrip en aanvaarding by die maatskaplike werker sal ervaar, ten einde die dwelmgebruiker se weerstand te verminder. Gewoonlik ervaar dwelmgebruikers min empatie of begrip van die samelewing en/of van hul gesinslede as gevolg van die stigma en botsende waardes van die samelewing oor dwelmafhanklikheid. Dit is soveel te meer noodsaaklik dat die dwelmgebruiker 'n empatiese houding by die maatskaplike werker sal beleef.

#### ***(c) Belangstelling en opregtheid***

Du Toit (1988:256) is van mening dat die dwelmgebruiker 'n groot behoefte het aan 'n maatskaplike werker wat in hom/haar belangstel, wat graag wil help, en toegewyd, opreg en eerlik in die hulpverleningsproses is. Aangesien die alkoholis of dwelmgebruiker en sy gesinslede se lewens, volgens Du Plessis (1986:181), op leuens en skanse berus, ervaar die kliënt 'n behoefte aan belangstelling en opregtheid. Onderlinge kommunikasie in die gesin is gebaseer op verdedigingsmeganismes en wantroue. Die dwelmgebruiker verwag derhalwe dieselfde optrede en houding van die maatskaplike werker.

*(d) Vertroue en kalmte*

Leckie (1990:50) en Baldwin (1990:71) wys daarop dat maatskaplike werkers vertroue moet hê in hul eie kennis en vaardighede, rakende die hulpverlening aan en hantering van die dwelmgebruiker. Du Plessis (1986:183) verduidelik dat voordat die kliënt vertroue kan opbou in die maatskaplike werker, is dit belangrik dat die maatskaplike werker hierdie vertroue ook persoonlik moet ervaar. Vertroue, volgens laasgenoemde skrywer, kan slegs deur die gereelde toename in kennis en die toepassing van hierdie kennis in die praktyk, verkry word.

Kalmte, is volgens Du Plessis (1986:184), 'n uitvloeisel van selfvertroue wat ook 'n kalmerende uitwerking het op diegene wat daarmee in aanraking kom. Die dwelm- of alkoholafhanklike is gewoon aan onseker en aanvallende optrede. Die persoon reageer 'aarop met ontkenning en aggressie. Wanneer die kliënt volgens laasgenoemde skrywer met kalmte gekonfronteer word, voel die persoon meer ontspanne en ontkenning kan verminder word. Opsommend is dit dus duidelik dat die maatskaplike werker vertroue in haar eie kennis en vaardighede moet hê, alvorens 'n gevoel van vertroue by die kliënt gekweek kan word. Tesame hiermee sal die maatskaplike werker 'n gevoel van kalmte ervaar en 'n ontspanne atmosfeer daarstel, wat belangrik is in hulpverlening, wat ook eerlikheid kan bevorder.

*(e) Volharding*

Du Toit (1988:256) en Miller (1989:73) verduidelik dat kliënte 'n behoefte het aan maatskaplike werkers wat nie "moedeloos" word nie. Dit impliseer dat die maatskaplike werker in die hulpverleningsproses moet volhard, toegewyd moet wees, geloof moet hê in en optimisties moet wees oor die kliënt se vermoëns en op die moontlikhede van herstel. Du Plessis (1986:184) wys op 'n verdere aspek van volharding, wat impliseer dat die maatskaplike werker sal luister, dat sy die persoon se woorde en emosies sal interpreteer en begrip toon vir sy sienswyse, maar tog by haar aanvanklike professionele aanbeveling oor die verandering en hantering van die probleem, sal hou. In aansluiting hiermee word die belangrikheid van die maatskaplike werker se vertroue in haar kennis en vaardighede, beklemtoon. Dit sal die maatskaplike werker help om vertroue te hê in haar professionele aanbeveling indien sy genoegsame kennis, vaardighede en vertroue het.

**5.3.2 Tegnieke en take**

Die toepassing van alle tegnieke, waaroor die maatskaplike werker wel die nodige kennis en vaardighede beskik, is noodsaaklik in die hulpverleningsproses aan die dwelmgebruiker. In hierdie afdeling sal daar net gekyk word na van die meer belangriker tegnieke, spesifiek van toepassing op hulpverlening aan die dwelmgebruiker. Die tegnieke en take wat vervolgens bespreek word, sluit in: konfrontasie, motivering, kennisuitbreiding by die die kliënt deur middel opvoeding, en die aanleer van lewensvaardighede.



### (a) Konfrontasie

Hammond, Hepworth & Smith (1977:269) beskryf die doel van konfrontasie as volg: "*...the fundamental purpose of confrontation is to facilitate change by expanding the client's awareness and motivating him to action in those aspects of living in which growth has been impeded by some barrier*". Konstruktiewe konfrontasie is 'n belangrike tegniek wat korrek en selektief benut moet word in hulpverlening aan die dwelmgebruiker. Die primêre doel is om by die kliënt insig in sy gevoelens en gedrag te ontwikkel ten einde hom te motiveer vir gedragsverandering. Kadushin (1990:161) verduidelik dat konfrontasie nie die gedrag verander nie, maar dat dit die herooring van gedrag inisieër, en moontlik 'n behoefte om verandering aanwakker.

Hepworth & Larsen (1982:406) wys daarop dat konfrontasie 'n instrument is en nie 'n terapeutiese styl nie. In ooreenstemming hiermee verduidelik Hammond, Hepworth & Smith (1977:279) dat daar ook nie verwag kan word dat onmiddellike verandering sal plaasvind na net 'n enkele konfrontasie-sessie nie. Die proses van verandering behels 'n herhaalde hantering van die persoon se konflikte en van sy reaksies daarop, maar dat dit telkens vanuit nuwe en breër perspektiewe sal geskied.

Die effektiwiteit van **konstruktiewe konfrontasie**, in teenstelling met direkte konfrontasie, word beklemtoon na aanleiding van 'n studie deur Van der Walt & Van der Westhuizen (1990:313) van alkoholaftanklikes. Hulle het bevind dat 84% van die eksperimentele groep baat gevind het by konstruktiewe konfrontasie. Die skrywers verduidelik dat die doel van konstruktiewe konfrontasie die realistiese evaluering van die persoon se alkoholafhanklikheid is, ten einde ontkenning en ander verdedigingsmeganismes te verminder. Die tegniek, veroorsaak volgens die skrywers spanning wat dan as motiverings-element geïmplimenteer word. Hierdie uiteensetting hang nou saam met die uitgangspunte van gemotiveerde onderhoudvoering tydens berading met die kliënt in die voorafoorweging en oorwegingsfase van die *veranderingsmodel*.

Miller & Rollnick (1991:7) en Miller (1989:78) wys daarop dat aggresiewe konfrontasie-tegnieke geensins effektief is, of as die enigste alternatief beskou moet word, in die behandeling van afhanklikheid nie. Ten einde konfrontasie sinvol in hulpverlening te gebruik, wys Miller (1989:74) daarop dat motiverende onderhoudvoering waardevol benut kan word. Die skrywer verduidelik dit as volg: "*...Motivational interviewing is a confrontational process, but not in the usual sense. It is intended to bring a client to greater awareness of and personal responsibility for his or her problem with alcohol, and to instill a commitment to change.*" Dit is baie belangrik dat konfrontasie baie selektief en op 'n empatiese wyse gebruik moet ten einde die bewuswording en verandering van gedrag te inisieër. Die ideaal is om eerder gebruik te maak van motiverende onderhoudvoering-tegnieke ten einde aanvanklike verandering van gedrag te verseker.

### (b) Motivering

Baldwin (1990:81) en Miller (1989:67) verduidelik dat tradisionele siektekonsep-modelle van alkohoi- en dwelmgebruik op die motivering van die kliënt gefokus het. Indien die individu nie sy dwelmgebruik verander of wou verander nie, is geglo dat hy ongemotiveerd is. Die skrywers wys daarop dat een van die mees algemene konsepte van

motivering in die behandeling van afhanklikheid is dat dit vroeër as 'n karaktertrek of persoonlike eienskap van die kliënt, of 'n staat waarin die persoon verkeer, beskou is. Die afgelope twee dekades het die siening van motivering verander en Miller (1989:69) beklemtoon dat dit nie 'n karaktertrek, persoonlike eienskap of staat is nie, *maar die herkenning van 'n probleem, die soeke na 'n manier om te verander en die begin, voortsetting en die onderwerping aan die strategie vir verandering*. Die **veranderingsmodel** soos in Hoofstuk 4 bespreek is, hang nou saam met motivering en kan as uitgangspunt gebruik word om motivering vir die verandering van gedrag daar te stel. **Motiverende onderhoudvoering** is waardevol om 'n kliënt te motiveer vir verandering. Dit is daarom belangrik dat die maatskaplike werker oor die kennis sal beskik van die proses van verandering en om die kliënt te kan motiveer volgens hierdie proses, ten einde gedragsverandering te verseker.

Looney & Metcalf (1974:528) verduidelik ook dat die faktore wat die dwelmgebruiker motiveer om hulpverlening te kry, nie verteenwoordigend is van die persoon se werklike motivering of op die moontlikhede van sukses nie. Die **eksterne druk** wat veroorsaak dat die dwelmgebruiker inskakel by behandeling kan in drie kategorieë verdeel word: gesinsdruk, geregtelike druk, en die **uitputtingsfaktor** ("*fatigue factor*"). Die uitputtingsfaktor kan finansiële probleme, gesinsprobleme, verlies aan dwelmvriende, afname in dwelmvoorrade, minimale besittings (die meeste besittings is verruil of verkoop vir dwelms), emosionele en fisieke uitputting en siekte as gevolg van dwelmgebruik, behels. Die **uitputtingsfaktor** as motivering is oppervlakkig en kortstondig indien daar nie ook ander druk teenwoordig is nie. Die gemelde skrywers het gevind dat min dwelmafhanklikes wat deur die **uitputtingsfaktor** gemotiveer is, suksesvol behandeling verlang tensy eksterne druk nie ook aanwesig is nie. Afgesien van die bogenoemde bespreking van eksterne druk om motivering vir die behandeling te verhoog, kan die maatskaplike werker nie net op eksterne druk staatmaak om die persoon te motiveer nie. Die *fase* waarin die persoon is volgens die **veranderingsmodel** moet geïdentifiseer word, ten einde vordering deur **gemotiveerde onderhoudvoering** te bewerkstellig. Sator & De Miranda (1991:62) verduidelik dat die motivering om soberheid te handhaaf nie slegs die toetrede tot behandeling bepaal nie, maar ook die sukses van behandeling daarstel. Dit is dus duidelik dat motivering vir verandering 'n deurlopende proses is in behandeling en soos laasgenoemde skrywers tereg opmerk: "*Motivation however is not a static mental state; it varies from day to day, and even hour to hour*" (Sator & De Miranda 1991:62). Dit is dan juis die maatskaplike werker se taak om motivering vir verandering te bewerkstellig, en sal hiernaas kortliks bespreek word. Daar kan dus nie net op eksterne druk om gedrag te verander, staatgemaak word nie alhoewel dit as 'n bykomende element om verandering te inisieër, gebruik kan word.

Verskeie skrywers (Hepworth & Larsen 1982, Miller 1989:71, Miller & Rollnick 1991 en Van Bilsen & Van Emst 1991) bespreek die motiveringsproses van die kliënt ten einde verandering te bewerkstellig. Miller (1989:71) identifiseer opsommend die verskillende "instrumente" in die motiveringsproses, naamlik advies, struikelblokke, keuse, verminderde aantreklikheid, eksterne dryfkragte, terugvoer, doelstellinge en 'n hulpvaardige houding, wat vervolgens bespreek word.

#### (1) **Advies (advice)**

'n Relatief maklike wyse om die individu se motivering vir verandering te verhoog, is deur die verskaffing van duidelike en direkte advies ten einde verandering te bewerkstelling.



**(2) Struikelblokke (barriers)**

'n Effektiewe wyse om die kliënt se motivering te assesser is die verwydering van struikelblokke wat in die pad staan van behandeling ten einde verandering te verseker. Struikelblokke is byvoorbeeld die versorging van kinders, vervoerprobleme, koste verbode aan behandeling, die toeganklikheid van 'n behandelingsentrum vir onder meer gestremdes, vrouens, minderjariges en minderbevooregtes. Indien struikelblokke teenwoordig is, kan dit die kliënt se motivering beïnvloed. Die maatskaplike werker kan die kliënt help om hierdie struikelblokke uit die weg te ruim, ten einde die toeganklikheid van behandeling te vergemaklik.

**(3) Keuses (choices)**

'n Belangrike element in die persoon se motivering en die volhou van aksie, is wanneer die individu ervaar dat hy self die keuse gemaak het en niemand anders vir hom besluit het nie. Ervaarde vryheid van keuse verminder ook die weerstand teen en die uitvalsyfer in behandeling. Verskeie opsies moet dus aan die kliënt voorgestel word en die maatskaplike werker moet die kliënt lei ten einde die beste en mees aanvaarbare opsie te kan kies.

**(4) Verminderde aantreklikheid (decreasing attractiveness)**

Een wyse waarop die oorwegingsbalans aangaande die verandering van gedrag na die positiewe kant toe geswaai kan word, is deur die aantreklikheid van dwelmgebruik te verminder. Die kliënt kan bewus gemaak word van die negatiewe gevolge van dwelmgebruik. Dit is belangrik dat die maatskaplike werker nie hoofsaaklik op die negatiewe aspekte van dwelmgebruik moet klem lê nie, maar eerder die kliënt lei om self tot hierdie insigte en selferkenning te kom.

**(5) Eksterne dryfkragte (external contingencies)**

Eksterne dryfkragte maak staat op eksterne druk van ander persone of situasies om die persoon te motiveer vir hulpverlening. Die keuse tussen behandeling en 'n egskeiding of gevangenisstraf kan 'n gunstige uitwerking hê wanneer daadwerklike druk toegepas word en dit nie as 'n dreigement gebruik word nie. Dit is belangrik dat alternatiewe rondom behandeling voorgestel moet word sodat die kliënt van mening is dat hy steeds persoonlike kontrole in die proses van besluitneming behou het.

**(6) Terugvoer (feedback)**

Miller (1989) verduidelik dat lesings wat handel oor die algemene effek van dwelmmiddels minder effektief blyk te wees in die motiveringsproses van die dwelmgebruiker. 'n Beter strategie is persoonlike terugvoer ten opsigte van die nadelige effek op die persoon se funksionering as sodanig.

**(7) Doelwitte (goal setting)**

'n Belangrike element in die motivering van 'n kliënt is die gesamentlike daarstelling (tussen die maatskaplike werker en kliënt) van doelwitte ten einde verandering te verseker. Die maatskaplike werker moet in gedagte hou dat kliënte wat hulpverlening betree verskillende doelstellings het. Hierdie doelwitte kan totale onthouding, vermindering van dwelmgebruik, of die oplossing van ander probleme wat ervaar word, behels. Die maatskaplike werker moet die kliënt se doelwitte erken en oor die alternatiewe van behandeling onderhandel. Vir motiverings-

doeleindes is dit nodig dat die kliënt se doelwitte geklarifiseer moet word en dat dit vergelyk moet word met die huidige stand van sake. Dit is beter om die behandeling as 'n doelwit daar te stel, as om behandeling voor te skryf.

#### **(8) Hulpvaardige houding (helping attitude)**

Een van die belangrikste elemente by die sukses van motivering en behandeling van die afhanklike, is 'n empatiese houding wat reeds bespreek is. 'n Verdere element van motivering, is die maatskaplike werker se optimisme. Kliënte wat hul terapeut as hulpvaardig e. vaar se kans is groter om langer in behandeling te bly en om te verander.

Ter samevatting som die skrywer die taak van motivering as volg op: "*...client motivation and compliance appear to be substantially increased by contact with a therapist who is empathic, optimistic, and who takes an active interest in the alcoholic's welfare*" (Miller 1989:73). Die genoemde skrywer het uit hierdie elemente van motivering, *motiverende onderhoudvoering* (motivational interviewing) ontwerp, wat later in die hoofstuk bespreek word.

#### **(c) Kennisuitbreiding deur middel van opvoeding**

Verskeie skrywers (Belsten 1988:13, Du Plessis 1986:158, Du Toit 1989:257, Gold 1989:129 en King & Lorenson 1989:381) is dit eens dat die dwelmgebruiker se kennis oor die effek en gevolge van dwelmmiddels uitgebrei moet word. King & Lorenson (1989:381) verduidelik dat effektiewe hulpverlening aan die dwelmgebruiker onmoontlik is alvorens opvoeding insake dwelmmiddels en -afhanklikheid nie eers geskied nie. Daarom is dit so belangrik dat maatskaplike werkers oor genoegsame kennis van dwelmmiddels en -afhanklikheid beskik. Opvoeding is noodsaaklik omrede daar soveel wanopvattinge en mites bestaan oor die effek van dwelmmiddels en -afhanklikheid waaraan die dwelmgebruiker tot dusver geglo het. Du Plessis (1986:158) beklemtoon dat die voorsiening van wetenskaplike, geldige en feitelike gegewens, noodsaaklik is tydens die opvoedingsproses. Alle betrokkenes by die behandeling moet ingelig word alvorens die proses kan voortgaan. Kennisuitbreiding kan geskied deur middel van inligtingstukke, pamflette, video's, artikels en boeke wat handel oor die aard, proses en effek van afhanklikheid. Voorts is dit noodsaaklik dat die kliënt se kennis getoets word. King & Lorenson (1989:381) wys daarop dat dwelmopvoeding die kliënt en gesinslede se begrip vir die gedragpatrone uitgebrei asook skuldgevoelens verminder. Alhoewel dwelmopvoeding opsigself nie voldoende is in die behandeling nie, is opvoeding noodsaaklik.

Uit bogenoemde is dit dus duidelik dat die kliënt en gesinslede se kennis oor dwelmmiddels en -afhanklikheid (aard, proses en gevolge) uitgebrei moet word. Kennisuitbreiding kan egter nie in isolasie in die behandeling benut word nie aangesien beperkte resultate in die handhawing van soberheid en in 'n veranderde lewenstyl, teenwoordig sal wees.

#### **(d) Aanleer van lewensvaardighede**

Chaney (1989:206) en Hawkins, Catalano & Miller (1992:64) benadruk die ernstige gevolge van dwelmmisbruik op 'n persoonlike en samelewingsvlak, omrede dwelmmisbruik gekenmerk kan word aan 'n metode van vermyding in die hanteringsvaardighede van die mens. Benewens die feit dat dwelmgebruik 'n gedragspatroon word om situasies te kan hanteer, belemmer alkohol- en dwelmmisbruik die jong, ontwikkelende volwassene se ontwikkeling en benadeel dit die individu se motivering, dit beïnvloed sy kognitiewe prosesse en speel 'n bydraende faktor tot die aftakeling van



sy gemoedstoestand. In aansluiting hierby verduidelik Golden & Schwartz (1988:35) en Looney & Metcalf (1974:530) dat adolessente, as gevolg van dwelmmisbruik, nie die geleentheid kry om lewensvaardighede eie aan dié van hierdie lewensfase, te bemeester nie. Lewensvaardighede wat tydens adolessensie bemeester moet word, is noodsaaklik vir die ontwikkeling van 'n gesonde volwasse lewensfase. Hierdie stelling word bevestig deur statistieke dat die meeste dwelmgebruikers in die volwasse-ouderdomsgroep, tydens adolessensie reeds dwelms begin gebruik het (Barnard 1992). Dit het tot gevolg dat wanneer hulle volwassenes is, hulle oor minimale lewensvaardighede beskik. Hul het nooit die geleentheid gehad om die vaardighede van adolessensie of van volwassenheid te bemeester nie aangesien hulle vir 'n groot gedeelte van hul adolessensie-lewensfase dwelmmiddels misbruik het. Dit is dus noodsaaklik dat die dwelmgebruiker die basiese lewenstake van adolessensie en vroeë volwassenheid moet bemeester ten einde 'n alternatiewe lewenstyl te ontwikkel wat dwelmmisbruik kan vervang.

Die aanleer van lewensvaardighede, volgens Chaney (1989:297), is daarop gemik om wanaangepaste strategieë, waar dwelmgebruik as 'n vermydingsmetode beskou kan word, te verander na aktiewe, gedrags- en/of kognitiewe-hanteringsvaardighede. Na aanleiding van 'n studie deur Hawkins, Catalano & Welsh (1986:661) oor die effektiwiteit van die aanleer van lewensvaardighede tydens behandeling, het die aanleer van lewensvaardighede die dwelmgebruiker gehelp om situasies waar dwelms gebruik is te vermy; in die hantering van terugvalle; met sosiale interaksie; interpersoonlike probleemoplossing en hantering van stres. Die aanleer van lewensvaardighede help dus die dwelmgebruiker wat tot dusver weens die dwelmgebruik nie die nodige vaardighede kon aanleer nie, om situasies op 'n positiewe en konstruktiewe wyse te hanteer. Voorts leer die dwelmgebruiker alternatiewe wyses aan en die individu hoef nie op dwelmmiddels staat te maak ten einde situasies te probeer hanteer nie. Lewensvaardighede waarop veral gefokus word in die behandelingsprogram by NADAG, sluit in: interpersoonlike verhoudings, hantering van negatiewe emosies of gevoelens, hantering van groepsdruk, selfhandhawing, hantering van stres, ontwikkeling van probleemoplossende vermoëns, hantering van spesifieke hoë-risiko situasies vir die kliënt asook vaardighede in sosialisering. Opseemend is dit belangrik dat die maatskaplike werker die vlak van die kliënt se vaardighede moet evalueer, asook die kliënt se vaardighede in die hantering van hoë-risiko situasies tydens die aksie en handhawingsfase, ten einde terugvalle te voorkom.

### 5.3.3 Motiverende onderhoudvoering

#### *(motivational interviewing)*

Miller (1989:71) het na aanleiding van sy werke oor die motivering van die kliënt vir verandering, die elemente (soos vroeër bespreek) gekombineer en 'n instrument ontwerp wat **motiverende onderhoudvoering** (*motivational interviewing*) genoem word. Die doel hiervan is om die kliënt se motivering vir verandering te verhoog. Motiverende onderhoudvoering word as 'n konfrontasie-proses beskou alhoewel dit nie op konfrontasie tjem lê nie. Dit het eerder ten doel om die kliënt bewus te maak van sy dwelmgebruik asook van sy eie verantwoordelikheid vir die probleem, en om gedrag te verander (Miller 1989:74). Vervolgens word die belangrikste uitgangspunte ten opsigte van motiverende onderhoudvoering oorsigtelik bespreek. Miller & Rollnick (1989:158) wys daarop dat motiverende onderhoudvoering die integrasie van komplekse kliniese vaardighede behels en dat hierdie benadering nie net op grond van opleeswerk of die bywoon van lesings toegepas kan word nie. Inaggenome die feit dat die gesinsorgwerker

nie spesialiseer in dwelmafhanglikheid nie en ten einde die maatskaplike werker se kennis uit te brei word die basiese uitgangspunte bespreek.

#### (a) Fases

Van Bilsen & Van Emst (1990:33) identifiseer die fases van motiverende onderhoudvoering as (1) die ontlokkingsfase, (2) die inligtingsfase en (3) die onderhandelingsfase.

Die taak van die maatskaplike werker is om self-motiverende stellings tydens die **ontlokkingsfase** (*eliciting phase*) by die kliënt te ontlok. Dit word gebaseer op die beginsel van attribusie, naamlik dat 'n persoon dit wat hy homself hoor sê, glo. Die kliënt se self-motiverende stellings kan 'n indikasie wees van 'n bewuswording van die dwelmverwante probleme (kognisie), bekommernisse oor hierdie probleme (emosioneel) en 'n erkenning vir die nodigheid om die dwelmlewenstyl (gedrag) te verander. Gedurende hierdie fase moet die maatskaplike werker ook probeer om die kliënt te motiveer om terug te kom vir 'n opvolgssessie en sodoende gereelde kontak te verseker. Die **inligtingsfase** behels die verskaffing van inligting aangaande die probleemareas van die kliënt se dwelmgebruik na aanleiding van inligting wat self deur die kliënt verskaf is. Die maatskaplike werker is dan in staat daartoe om terugvoering oor die inligting te gee, en klarifisering (Van Rooyen & Combrink 1980:186) ten einde 'n geheelbeeld aan die kliënt van sy lewe en probleme te gee. Dit is baie belangrik dat terugvoering van die inligting op 'n neutrale wyse geskied sodat die kliënt self die afleidings kan maak. Die taak van die maatskaplike werker tydens hierdie fase is om die kliënt te lei tot by die besluitnemingproses. Die maatskaplike werker neem nie die verantwoordelikheid op haarself om aan die kliënt te toon dat hy 'n probleem het of dat dit nodig is om te verander nie. In teendeel, die kliënt word gelei om verdere self-motiverende stellings te maak, deur middel van "Jy geniet dit om by jou dwelmvriende te wees, waarom sal jy dit wil opgee vir 'n sober lewenstyl?". Na aanleiding wat die inligting van die kliënt verskaf, gee die maatskaplike werker dan weer terugvoering op 'n neutrale wyse aan die kliënt. Die maatskaplike werker laat altyd die verantwoordelikheid aan die kliënt oor om, na aanleiding van die feite, self die gevolgtrekkings te maak. Die derde fase behels **onderhandeling** tussen die kliënt en die maatskaplike werker. Teen die einde van die inligtingsfase moes die kliënt reeds 'n besluit geneem het. Dit is belangrik dat die maatskaplike werker nie sterk, uitgesproke menings handhaaf oor hoe die kliënt moet verander nie. Die besluite deur die kliënt behels: of hy wil voortgaan met sy dwelmgebruik en of hy dit wil staak; die tipe verandering wat gaan plaasvind en watter strategie gevolg gaan word om verandering te laat geskied. Indien die kliënt besluit om te verander (bv. om daggagebruik van sewe keer per week na een keer per week te verminder), is dit die taak van die maatskaplike werker om inligting aangaande die moontlike behandelingsdoelstellings te verskaf, en wat die voordele en nadele van onthouding en gekontroleerde dwelmgebruik, asook die behandelingsmoontlikhede om hierdie doelstellings te bereik, behels. Die maatskaplike werker maak dus seker dat die kliënt voldoende inligting ontvang ten einde die kliënt in staat te stel om 'n ingeligte keuse omtrent die doelstellings en metodes van behandeling te maak.

#### (b) Intervensie en tegnieke

Van Bilsen & Van Emst (1990:30) en Van Bilsen (1991:214-221) bespreek die belangrikste intervensies tydens motiverende onderhoudvoering en som dit as volg op: (1) die daarstelling van 'n **empatiëse atmosfeer** en 'n



onvoorwaardelike, positiewe houding teenoor die kliënt, (2) die **verskaffing van duidelike en konkrete terugvoer** insake die kliënt se gedrag, motiewe en persoonlike situasie; (3) die **strukturering en verskaffing van alternatiewe** rondom die kliënt se keuse met betrekking tot sy afhanklikheidsgedrag en probleme; (4) die **handhawing van kontak** met die kliënt en (5) dat die maatskaplike werker **aktief sal luister** na dit wat die kliënt sê. Ten einde bogenoemde intervensies uit te voer, identifiseer die bogenoemde skrywers die volgende tegnieke, naamlik *reflektering*, *struktering*, *herstrukturering*, *samevatting*, *vraagstelling* en *ontlokking*, wat waardevol benut kan word. Die toepassing van hierdie tegnieke aan die hand van die belangrikste uitgangspunte oor motiverende onderhoudvoering, sal die maatskaplike werker in staat stel om die kliënt in die vooraf-oorwegingsfase, oorwegingsfase, determinasie en aksiefase te hanteer.

Die maatskaplike werker kom in 'n gesinsorganisasie te staan voor die probleem dat die kliënt met 'n dwelmprobleem aanvanklik nie oor sy dwelmprobleem sal ventileer nie, of dat hy nie van mening is dat daar wel 'n dwelmprobleem is nie (vooraf-oorwegingsfase). Rollnick & Bell (1991:205) kwalifiseer dit en verduidelik dat dit normaalweg die geval is waar die kliënt by 'n terapeut uitkom wat nie in afhanklikheid spesialiseer nie. Ten einde die maatskaplike werker se taak in hierdie verband te vergemaklik, bespreek laasgenoemde skrywers riglyne ten opsigte van die hantering van die dwelmgebruiker, vir die maatskaplike werker wat nie in afhanklikheid spesialiseer nie.

#### Die begin van 'n sessie

Ten einde die onderwerp van dwelmgebruik te inisieër is dit belangrik dat die maatskaplike werker etiketering, konfrontasie en die gee van advies moet vermy. Die gemelde skrywers verduidelik die doel as volg: "*...to encourage them to explore their substance use and possible reasons for concern, taking care to proceed at the clients' own pace*". Vrae soos "*dink jy nie dat jy te veel dagga rook*" of "*wat van jou alkoholgebruik*" kan die kliënt se weerstand verhoog en moet vermy word. Verdere vraagstelling soos "*vertel my van jou dwelmgebruik*" of "*dink jy nie jy behoort iets omtrent jou dwelmgebruik te doen nie?*" lei tot weerstand. Die maatskaplike werker sal nie die gewenste respons kry ten einde die kliënt te help met selfontdekking van sy probleem nie.

Twee strategieë om die onderhoudvoering op 'n konstruktiewe wyse te hanteer, volgens Rollnick & Bell (1991:204), is om 'n vertrouensverhouding (*rapport*) te ontwikkel en toepaslike oop (*open-ended*) vraagstelling te gebruik. Die skrywers verduidelik dat die daarstelling van 'n vertrouensverhouding behels dat die maatskaplike werker vir ongeveer 5-10 minute 'n onderwerp wat die kliënt interesseer en moontlik verband hou met sy dwelmgebruik, bespreek. Onderwerpe sal afhang van die kliënt en die konteks en kan gesondheidsprobleme, fiksheid, stres by die werk of huis, ontspanning, stokperdjies, en/of vriendekring insluit. Benewens die feit dat die daarstelling van 'n vertrouensverhouding, vertroue en empatie tot gevolg het, dien dit ook as 'n wyse om oor die dwelmgebruik te praat. Die maatskaplike werker moet verder ook nie-bedreigende en oop vrae stel, byvoorbeeld: "*Vertel my hoe jou daggagebruik hierby aansluit?*" of "*Wat omtrent jou alkoholgebruik veroorsaak konflik?*" of "*Watter tipe daggagebruiker is jy?*".

#### Verkenning van bekommernisse en moontlikhede van verandering

Rollnick & Bell (1991:206-207) verduidelik dat nadat die onderwerp van die kliënt se dwelmgebruik geopper is, is die doel daarvan om die kliënt te help om sy gevoelens oor sy dwelmgebruik te ventileer en veral of hy enige

bekommernisse daaroor het. Moontlikhede op verandering moet later bespreek word. Die maatskaplike werker sal waarskynlik in hierdie stadium nog nie die kliënt se gereedheid op verandering kan bepaal nie, en daarom moet nie-bedreigende strategieë gevolg word. Die volgende strategieë, na aanleiding van Rollnick & Bell (1991:206-207), word kortliks bespreek.

(1) Die kliënt moet gevra word om sy **dwelmgebruik in detail te beskryf**. Vrae soos "*vertel my van die effek, wat jou daggagebruik op jou het*", "*watter soort drinker is jy?*", "*watter effek het jou Mandrax-gebruik op jou?*", kan gevra word. Hierdie tipe vrae poeg om die kliënt se bekommernisse oor sy dwelmgebruik op 'n natuurlike wyse te inisieër.

(2) Vrae kan gevra word oor wat die **verloop van 'n tipiese dag of dwelmgebruik-episode** is, met die klem op spesifieke gebeurtenisse en ervarings. Dit is belangrik dat die maatskaplike werker 'n geheelbeeld van die kliënt se dwelmgebruik moet kry. Vrae soos: "*nadat jy saam met jou vriende die daggapyp gerook het, wat se effek het dit op jou gehad?*" of "*hoe het jy gevoel toe jy nie dagga in die hande kon kry nie?*", kan gevra word.

(3) Bespreek die kliënt se **lewenstyl en die stres wat ervaar word**. Kliënte sê dikwels dat nadat hulle dagga gerook het, hul ontspanne en kalm voel. Die maatskaplike werker moet bepaal wat die stres is wat ervaar word. Dit lei normaalweg daartoe dat die kliënt ventileer oor die redes waarom hy van mening is dat hy dwelms nodig het om moeilike situasies te kan hanteer en wat sy bekommernisse omtrent die gebruik is.

(4) Na hierdie verkenning kan vrae oor die kliënt se **gesondheid en hoe dit met sy dwelmgebruik verband hou**, bespreek word. Dit is van waarde indien die individu se dwelmgebruik gesondheidsprobleme veroorsaak. Die maatskaplike werker kan 'n vraag vra soos: "*ek wonder, hoe hou die gebruik van dagga verband met jou gereelde verkoues?*" Somtyds, vir die eerste keer, begin die kliënt te ventileer oor sy bekommernisse oor sy dwelmgebruik.

(5) Bespreek die **goeie sowel as die minder goeie dinge omtrent die dwelmgebruik**. Die doel hiervan is dat die maatskaplike werker die kliënt in die bespreking oor die minder goeie dinge moet lei na die bekommernisse oor dwelmgebruik. Dit is beter om te fokus op een aand se Mandrax-gebruik of 'n naweek se gebruik, as op Mandrax-gebruik in die algemeen. Die kliënt sal waarskynlik sê dat een van die minder goeie dinge van sy dwelmgebruik is dat hy baie geld op Mandrax spandeer. Dit beteken nie dat dit 'n bekommernis vir die kliënt is nie. Die maatskaplike werker moet dan bepaal of die hoeveelheid geld wat spandeer word kommer by die kliënt wek, (byvoorbeeld "*ek wonder, tot watter mate bekommer dit jou dat jy jou hele salaris uitrook?*").

(6) Die **dwelmgebruik van die kliënt in die verlede en tans** moet verder aandag geniet. Die verskil tussen daggagebruik van die laaste drie maande in vergelyking met die kliënt se daggagebruik 'n jaar gelede is belangrik ten einde die verhoging of vermindering in dwelmgebruik te bepaal. Waardevolle inligting ten opsigte van toleransie, fisieke gesondheid en ontwikkeling van die dwelmmisbruik en afhanklikheid kan hieruit verkry word.

(7) **Verskaffing van inligting en vraagstelling** volg; 'n vraag soos, "*wat dink jy*" behels die kliënt se eie evaluering van die situasie. Die maatskaplike werker kan byvoorbeeld vra: "*dink jy dit sal waardevol wees as ons kyk na wyses*



*waarop jy minder kan rook?"*. Indien die kliënt hierop bevestigend sou antwoord, moet die maatskaplike werker die inligting op dieselfde nie-veroordelende wyse verskaf en kan dit saamvat deur vrae te vra oor wat die kliënt hiervan dink of hoe dit op hom van toepassing is.

(8) Vervolgens moet die maatskaplike werker die kliënt oor **spesifieke bekommernisse omtrent sy dwelmgebruik** uitvra. Hierdie direkte strategie sal alleenlik werk indien die kliënt gereed en gewillig is om hieroor uit te brei. 'n Vraag soos: *"watter bekommernisse het jy oor jou daggagebruik?"* in plaas van *"is jy bekommerd oor jou daggagebruik?"* is 'n voorbeeld hiervan. Wanneer die kliënt oor sy bekommernisse begin uitwei moet die maatskaplike werker die proses aanmoedig en nie te gou oorgaan na ander bekommernisse nie. Die maatskaplike werker moet elke bekommernis wat die kliënt opper, saamvat en die geheelbeeld aan die kliënt weergee, asook die positiewe aspekte van die dwelmgebruik wat daar is, volgens die kliënt.

(9) Die maatskaplike werker vra aan die kliënt **wat dink hy behoort die volgende stap te wees**. Die aangeleentheid van verandering kan alleenlik bespreek word indien die kliënt gereed is vir verandering. Nadat die bekommernisse oor dwelmgebruik geïdentifiseer is, kan die maatskaplike werker vra: *"Dit klink vir my asof jy bekommerd is oor jou daggagebruik. Wat dink jy is nou jou volgende stap?"* Die maatskaplike werker moet voorstelle by die kliënt ontlok en verskeie opsies vir verandering moet voorgestel word, maar die kliënt moet besluit watter opsie die beste is. Die oorweging van die gevolge van verandering is deel van hierdie proses soos verduidelik is in die oorwegingsfase van die veranderingsmodel.

#### Afsluiting van die sessie

Die maatskaplike werker kan die sessie opsom asook haar bereidwilligheid vir verdere ondersteuning en insette, beklemtoon. Indien die kliënt nie 'n ooreenkoms aangegaan het om tot aksie oor te gaan nie, beteken dit nie dat die onderhoud in die doelstelling misluk het nie. Die kliënt se vryheid van keuse moet ook beklemtoon word. Indien die kliënt navraag doen insake 'n verwysing na 'n gespesialiseerde kliniek moet die moontlikhede bespreek word en hy moet ondersteun word om tot aksie oor te gaan. Die maatskaplike werker moet aanbied om die nodige reëlins te tref asook om vir toekomstige ondersteuning beskikbaar te wees (Rollnick & Bell 1991:208).

Motiverende onderhoudvoering is 'n waardevolle instrument by die verandering van gedrag van die dwelmgebruiker. Soos reeds genoem, is net die belangrikste aspekte van motiverende onderhoudvoering bespreek ten einde die gesinsorgwerker in die aanvanklike hantering van die dwelmgebruiker te help. Vervolgens word hulpverlening aan die dwelmgebruiker bespreek.

#### **5.3.4 Hulpverlening aan die dwelmgebruiker**

Hulpverlening aan die dwelmgebruiker word vervolgens oorsigtelik bespreek omrede daar aangeneem word dat die maatskaplike werker oor die teoretiese kennis beskik. Daar sal op assessering, ontwerp van 'n hulpverleningsprogram, doelformulering en kontraktering, metodes van intervensie en terminering gelet word.

### **(a) Assessering**

Joubert (1990:8) definieer assessering opsommend as "... die doeltewuste pragmatiese proses, gesamentlik onderneem deur klient en hulpverlener waardeur a) die klient se probleemsituasie verken en geanaliseer word, b) hulpverleningsdoelstellings en hulpverleningsprogramme geformuleer en c) 'n grondslag daargestel word vir die evaluering van vordering en doeltbereiking". Assessering behels dus die insameling van inligting en identifisering van die probleem. Met die dwelmgebruiker is dit noodsaaklik dat 'n indiepte assessering geskied ten einde 'n effektiewe hulpverleningsprogram te beplan.

Leckie (1990:60) en Raistrick (1991:60) verduidelik opsommend dat die assessering van dwelmprobleme spesifieke inligting ten opsigte van waar, hoe, wanneer, hoe gereeld, hoeveel, met wie dwelms gebruik word en watter van hierdie kombinasies problematies is, vereis. Verder aspekte waarop gefokus moet word, is die klient se afhanklikheid, verbandhoudende probleme en die klient se verwagtinge van die behandeling. Lewis Dana & Blevins (1988:77-107) bespreek riglyne vir die assessering van die dwelmgebruiker tydens die eerste onderhoud. Die skrywers verduidelik dat die volgende aspekte tydens die eerste onderhoud aandag moet geniet, naamlik die verwysingsbron, primêre klagtes, geskiedenis van die huidige probleem, geskiedenis van dwelmgebruik en -misbruik, lewensomstandighede (verblyfreelings, huwelikstatus, kinders, sosiale lewe, huidige funksionering), gesinsagtergrond, goëdsiensagtergrond, beroepsgeskiedenis van die klient en die gesinslede, geregtelik geskiedenis, seksuele agtergrond of opvoeding en die klient se psigiese staat (optrede, gedrag en houding, verbale vermoëns, emosionele staat, gedagtegang, angstigheid, oriëntasie van persoon, plek en tyd, geheue, algemene intellektuele evaluering en insig). Alhoewel die skrywers verduidelik dat hierdie aspekte tydens die eerste onderhoud aandag moet geniet is die nie altyd moontlik nie, omrede die klient tydens die eerste onderhoud normaalweg op die krisis-situasies wat plaasgevind het fokus. Dit is nog steeds belangrik dat die maatskaplike werker tydens hierdie onderhoud die geskiedenis van die huidige probleem (krisis), geskiedenis van dwelmgebruik, lewensomstandighede, gesinsagtergrond, beroepsgeskiedenis en die geregtelike geskiedenis assesser.

Assessering behels nie net die insameling van data deur middel van onderhoudvoering nie, maar ook die benutting van vraelyste ten einde die persoon se dwelmgeskiedenis te evalueer, of meetinstrumente om 'n basislyn daar te stel waaraan vordering gemeet kan word. Dit is 'n integrale deel van assessering tesame met die maatskaplike werker se deurlopende waarneming van die persoon. Nadat assessering voltooi is, is die maatskaplike werker instaat daartoe om 'n diagnostiese evaluering te maak. Die diagnostiese evaluering geskied volgens die DSM III-R se kriteria vir dwelmmisbruik en -afhanklikheid soos in Hoofstuk 2 bespreek.

### **(b) Doelformulering en kontraktering**

Verskeie skrywers (Compton & Galaway 1989, Hepworth & Larsen 1982, Pincus & Minahan 1973, Whittaker & Tracey 1989), bespreek die teoretiese agtergrond van doelformulering en kontraktering. Met verwysing na doelformulering in die hulpverlening aan die dwelmgebruiker wys Baldwin (1990:75) daarop dat duidelik probleem-identifisering die maatskaplike werker in staat sal stel om duidelike en konkrete doelstellings saam met die klient op te stel. Marlatt & Gordon (1987:443) bespreek die belangrikheid van die daarstelling van doelstellings saam met die



dwelmgebruiker ten einde die kliënt in staat te stel om veranderings in omgewing, denke en/of gedrag te bewerkstellig. Dit help die kliënt om verantwoordelikheid vir sy gedrag te aanvaar en hy ervaar 'n mate van kontrole. Dit leer die kliënt om te beplan en metodes te deurthink om doelwitte te bereik ten einde doelstellings na te streef.

Volgens Baldwin (1990:73) en Cox, Klinger & Blount (1991:267) behels doelstellings die daarstelling van behandelingsdoelstellings, die identifisering van stappe ten einde die kliënt te help om nader aan die doelstellings te beweeg en doelwitte wat die kliënt tussen sessies moet bereik. In ooreenstemming met Marlatt & Gordon (1987:227) verduidelik laasgenoemde skrywer dat doelstellings en doelwitte baie duidelik, spesifiek, realisties, verbandhoudend met die probleemsituasie, nie-strydig met die kliënt se waardes en hanteerbaar ten opsigte van dae en weke, en nie maande nie, moet wees. Die spesifiekheid van doelstellings is 'n voorwaarde vir die sukses van pogings om verandering te bewerkstellig. In aansluiting hiermee verduidelik Cox, Klinger & Blount (1991:263) dat die kliënt se doelstellings omtrent die dwelmgebruik asook veranderinge in ander aspekte van die individu se lewe, geïdentifiseer moet word. Soos Baldwin (1990:73) verduidelik moet dit duidelik wees of die kliënt sy dwelmgebruik wil verminder, gekontroleerd dwelms wil gebruik of algehele sobriëit wil handhaaf. Soos in die literatuur, is ook in die praktyk gevind dat dit ook waardevol is om die tydsduur vir die bereiking van elke doelwit en doelstelling, te bepaal. Dit is effektief vir die meting van die bereiking van doelstelling op 'n konkrete wyse asook vir insigontwikkeling in die realisme van die bereiking van doelwitte. Doelstellings en doelwitte moet spesifieke gedrag wat verander wil word, wyses om hierdie gedrag te verander en metodes wat gevolg gaan word om gedragsverandering te bewerkstellig, beskryf. Voorts moet die bereiking van doelstellings en doelwitte op kort periodes van tyd baseer word eerder as op lang periodes.

Baldwin (1990:72) noem dat die belangrikste basis van berading die terapeutiese kontrak behels. Kontrakte reguleer die interaksieproses tussen die maatskaplike werker en kliënt en die skrywer wys daarop dat dit belangrik is dat maatskaplike werkers oor die vaardighede beskik in die formulering en onderhandeling van so 'n kontrak. 'n Verdere belangrike element van 'n kontrak is dat beide die maatskaplike werker en die kliënt ooreenstem oor die doelstellings en doelwitte in die kontrak. Die kontrak dien verder as 'n riglyn vir die strukturering van die behandelingsprogram deurdat dit die metodes om verandering bewerkstellig, en klarifiseer. Die belangrikste elemente van 'n kontrak, volgens Brammer (1985:54) en Compton & Galaway (1989:409), is die gesamentlike ooreenkoms tussen maatskaplike werker en kliënt oor die spesifieke doelstellings ten einde verandering daar te stel, die strategieë van intervensie, die rolle en verantwoordelikhede van beide partye, en metodes waarvolgens doelstellings gemeet sal word. Sullivan, Wolk & Hartmann (1992:199) wys daarop dat 'n formele kontrak positiewe resultate tot gevolg het by dwelmgebruikers wat moontlik moeilike en manipulerende kliënte kan wees. In die praktyk is kontraksluiting noodsaaklik vir hulpverlening aan die dwelmgebruiker. Die kontrak dien as 'n wyse vir die daarstelling van 'n struktuur vir die dwelmgebruiker wat tot dusver ongestruktureerd en volgens geen spesifieke doelstellings in sy selfhelp pogings om die dwelmgedrag te verander, gefunksioneer het. Voorts is dit belangrik dat beide die maatskaplike werker, kliënt en ander betrokkenes 'n afskrif van die kontrak ontvang.

### (c) Ontwerp van die hulpverleningsprogram

'n Hulpverleningsprogram volgens Lewis, Dana & Blevins (1988:119) en Sullivan, Wolk & Hartman (1990:199), word na gelang van die kliënt se behoeftes en probleme wat aandag moet geniet beplan. Baldwin (1990:74) wys verder daarop dat berading met die dwelmgebruiker buigbaarheid en aanpasbaarheid van die maatskaplike werker vereis. 'n Rigiede, meganiese hulpverleningsprogram is volgens die skrywer en uit ervaring in die praktyk, nie die ideaal vir hulpverlening aan die dwelmgebruiker nie. Aanpassing van hulpverlening by die kliënt se behoeftes, doelstellings en vermoëns is eerder die ideaal. Dit is wel belangrik dat die hulpverleningsprogram die basiese elemente van intervensie ten opsigte van afhanklikheid, sal insluit. 'n Waardevolle vertrekpunt in die beplanning van 'n hulpverleningsprogram kan volgens die veranderingsmodel geskied. Die fase waarin die persoon volgens die model verkeer sal die maatskaplike werker help in die beplanning van 'n hulpverleningsprogram.

### (d) Metodes van intervensie

Individuele beraad en groepwerk is albei belangrike metodes in die hulpverleningsproses aan die dwelmgebruiker. Verskeie skrywers (Barrie 1990, Barrie 1991, Botha 1990, Frances, Galanter & Miller 1989, Hamlin & Hammersley 1990, Logan, McRoy & Freeman 1987 en Sullivan, Wolk & Hartmann 1992) bespreek die belangrikheid van individuele en/of groepwerk in hulpverlening aan die dwelmgebruiker. Die belangrikste aspekte wat 'n rol speel ten opsigte van hierdie twee metodes in die hulpverleningsproses, sal uitgelig word.

Hamlin & Hammersley (1990:94-95) bespreek die aspekte wat in ag geneem moet word wanneer daar 'n keuse gemaak word tussen individuele beraad teenoor groepwerk as behandelingsmetode. Die voordele en nadele van individuele beraad teenoor groepwerk moet opgeweeg word voordat die maatskaplike werker die behandelingsprogram en metode beplan. Botha (1990:6) en Hamlin & Hammersley (1990:94-95) bespreek die volgende aspekte van individuele beraad en groepwerk wat inaggeneem moet word by die keuse van 'n metode.

(1) Die kliënt sal tydens individuele beraad die onverdeelde aandag en vaardighede van die maatskaplike werker ontvang, maar hy sal nie die geleentheid hê om te ervaar dat hy nie die enigste een is met 'n dwelmprobleem nie. Tydens groepwerk beleef die kliënt nie 'n gevoel van isolasie om probleme ten opsigte van dwelmgebruik die hoof te bied nie. Met groepe in die praktyk word gevind dat kliënte makliker oor hul probleme om soberheid te handhaaf en hul verliese weens dwelmgebruik en werks- en verhoudingsprobleme as gevolg daarvan ventileer omrede die meeste dwelmgebruikers in die groep dieselfde probleme ervaar. Die kliënt ervaar dus baie ondersteuning deurdat probleme met mekaar gedeel word en vaardighede aangeleer word om sodoende probleme te hanteer.

(2) Individuele beraad bied die geleentheid vir die maatskaplike werker en kliënt om spesifieke doelstellings en wyses om dié te bereik, te identifiseer. Dit ontnem wel die kliënt van moontlike ander wyses om gedrag te verander wat tydens groepwerk by ander kliënte geleer kan word. Die kliënte kan onderling van mekaar leer om groepsdruk te hanteer, soberheid te handhaaf of terugvalle te hanteer. Die gesinsorgwerker sal vind dat daar nie altyd genoegsame getalle is om 'n groep te begin nie of dat daar nie 'n homogene groep saamgestel kan word nie. In sulke gevalle het die maatskaplike werker nie 'n ander alternatief as om individuele beraad voor te stel nie. Omrede homogeniteit



belangrik is ten opsigte van groepe met dwelmgebruikers kan die maatskaplike werker eerder kleiner groepe met 3-4 lede saamstel. Homogeniteit in groepe met dwelmgebruikers fokus hoofsaaklik op onderdomsgroep, tipe dwelmmiddels, geslag, vlak van funksionering asook fase waarin die persoon ten opsigte van gedragsverandering, volgens die veranderingsmodel, verkeer.

(3) Tydens individuele beraad kan die kliënt met behulp van die leiding en ondersteuning van die maatskaplike werker aandag skenk aan die verandering van die negatiewe patrone wat dwelmgebruik instandhou na positiewe patrone om gedrag te verander. In groepwerk kry elke kliënt die nodige ondersteuning, aanmoediging en positiewe insette oor homself van ander groeplede en van die maatskaplike werker. Praktiese ervaring het bewys dat dit tot die kliënt se voordeel strek wanneer die kliënt by individuele beraad en groepsessies ingeskakel word. Dit bied die geleentheid aan die maatskaplike werker en die kliënt om aandag te skenk aan spesifieke doelstellings tydens individuele beraad, asook aan algemene doelstellings vir verandering van die dwelmgebruik tydens groepwerk.

(4) Individuele beraad geskied normaalweg wanneer die kliënt probleme het met werkstye, gesinsverantwoordelikhede, of ander redes soos agrofobia en 'n onwilligheid om na andere se probleme te luister. Alhoewel hierdie redes regverdigbaar is, is dit soms oorsake van ander probleme soos die onwilligheid by die kliënt om aandag te skenk aan sy eie behoeftes, om tyd by die werk af te vra omdat niemand mag weet van die probleem nie of 'n vorige onaangename groepservaring. Groepwerk kan dan as 'n terapeutiese hulpmiddel beskou word om aandag aan onderliggende probleme te skenk. In die praktyk word gevind dat kliënte dikwels hul werk en werkstye as rede aanvoer waarom inskakeling nie moontlik is nie. Indien hierdie struikelblokke uit die weg geruim word, is dit 'n indikasie van die kliënt se motivering en fase van verandering. Ten einde kliënte te help moet groepsessie op 'n realistiese tyd beplan word. Die maatskaplike werker moet in ag neem dat indien die kliënt die werk en werkstye as rede gebruik waarom groepsessies nie bygewoon kan word nie, dit werklik 'n struikelblok mag wees. Die kliënt het moontlik 'n swak werksrekord as gevolg van die dwelmgebruik wat afwesigheid, verlaagde produktiwiteit en intoksikasie op die werksperseel mag insluit. Daarom moet die kliënt sy werk ten alle koste probeer behou. Indien die werkgewer nie bewus is van die individu se dwelminprobleem nie, sal dit moeilik wees om gereelde afsprake by te woon.

(5) Individuele beraad kan normaalweg onmiddellik begin terwyl die samestelling van 'n groep tydrowend kan wees. Om eers te wag vir 'n groep om te begin, kan as 'n wyse gebruik word om die kliënt se motivering te toets wat uivalensyfers sal verlaag. In die praktyk word gevind dat dwelmgebruikers graag so gou as moontlik vir behandeling wil inskakel sodra hulle die beshui geneem het. Daarom is oop groepe in teenstelling met geslote groepe in die praktyk meer effektief. Die kliënt word ook in 'n groep geplaas na gelang van die proses van verandering hetsy dit in 'n oorwegingsfase of aksiefase groep is. Op so 'n wyse kan daar aandag geskenk word aan die kliënt se onmiddellike behoeftes en verhoog dit die kanse vir verandering van gedrag.

(6) Kliënte bied soms weerstand teen groepwerk wat dit maklik maak vir die maatskaplike werker om eerder individuele beraad voor te stel. Volgens Botha (1990) en Hamlin & Hamersley (1990) ervaar kliënte, nadat hulle by 'n groep ingeskakel het, dit as 'n positiewe ervaring en het dit positiewe vordering tot gevolg. Dieselfde tendens is sigbaar in die praktyk. Die kliënte ervaar die groepsessies as opbouend, leersaam en ondersteunend. Kliënt kanseleer

ook makliker 'n individuele sessies as wat hulle 'n groepsessie kansleer, weens 'n belangstelling in mekaar en 'n saamchorigheidsgevoel wat ontstaan.

'n Ontleding van literatuur (Barrie 1990, Barrie 1991, Belsten 1938, Du Plessis 1986, Hamlin & Hammersley 1989, James & Townsley 1989, Levine & Gollogly 1985 en Logan, McRoy & Freeman 1987) dui op die belangrikheid van groepwerk asook op die effektiwiteit van die behandelingsresultate, tyd en kostes. Groepwerk met die alkohol- en dwelmafhanklike geniet wêreldwyd erkenning en word in die meeste behandelingsentrums en -klinieke in Suid-Afrika as 'n behandelingsmetode benut. Die veelsydige doel en voordele van groepwerk word deur Barrie(1991:117) en Levine & Gollogly (1985:15) bespreek. Die belangrikste aspekte ten opsigte van die veelsydigheid en voordele van groepwerk behels die vermindering van ontkenning, aanvaarding van afhanklikheid, verhoogde motivering vir soberheid en verandering van gedrag en die hantering van emosionele probleme wat met dwelmmisbruik gepaard gaan. Voorts kan nuwe gedrag en vaardighede aangeleer word; die ontwikkeling van vermoëns om hoë-risiko situasies wat tot terugvalle mag lei te erken, te antisipeer en te hanteer, ontwikkel asook die vervulling van behoeftes ten opsigte van identifisering met andere in dieselfde situasies, sosiale aanvaarding en ondersteuning vind plaas.

Die algemene temas van groepwerkprogramme, volgens Barrie (1991:125), fokus op gedragsverandering en probleemoplossende tegnieke. Die skrywer identifiseer die belangrikste doelstellings vir groepwerk met die dwelmgebruiker wat die volgende insluit: die identifisering van probleme wat verband hou met dwelmgebruik, die handhawing en bevordering van die ooreenkoms om die gedrag te verander, die aanleer van vaardighede ten einde dwelmprobleme op te los, die evaluering van gedrag, die voorkoming van problematiese dwelmgebruik en die hantering van terugvalle.

Met verwysing na die veranderingsmodel bespreek Barrie (1991:121-123) die strategieë, doelstellings en metodes van groepwerk volgens die verskillende fases. Die **doelstellings** in elke fase, volgens die skrywer, word vervolgens uiteengesit. In die **vooraf-oorweging fase** behels die doelstelling die verskaffing van inligting oor dwelmmiddels en verwante probleme, die identifisering van probleme en hoe dit verband hou met die dwelmgebruik, die fokus op die vermindering van skade en die handhawing van gesondheid. In die **oorwegingsfase** moet die maatskaplike werker poog om die bewuswording by die kliënt van dwelmverwante probleme te verhoog asook die verbintenis daarmee ten opsigte van gedragsverandering. Wat die **aksiefase** betref, waar die kliënt reeds 'n besluit geneem het om te verander, is die bereiking van die volgende doelstelling noodsaaklik: om die verbintenis (*commitment*) vir verandering te handhaaf en te verhoog, die verandering van gedrag en die aanleer van strategieë te fasiliteer vir die voorkoming en hantering om die besluit om gedrag te verander nie te verander nie. Die doelstellings in die **handhawingsfase** behels handhawing van veranderde gedrag, voorkoming en hantering van terugvalle en die aanmoediging van 'n algemene verandering in lewenstyl. Terugvalle is 'n integrale deel van die proses van verandering. Indien die kliënt 'n **terugval** sou beleef, is die doelstellings vir hierdie tipe groep 'n kombinasie van doelstellings van die oorwegings- en aksie fase. Die doelstellings tydens terugvalle poog om die kliënt van oorweging na aksie om dwelmgedrag te verander te beweeg asook die hantering en voorkoming van terugvalle en die terugkeer na dwelmgebruik. Hierdie strategieë en doelstellings sou ook in individuele beraad benut kan word.



Die benutting van beide individuele beraad en groepwerk as metodes is waardevol by hulpverlening aan die dwelmgebruiker. Vir die gesinsorgwerker met 'n hoë gevallelading en dwelmgebruik maar een van vele maatskaplike probleme wat hanteer moet word, is die beplanning van hulpverlening en keuse van metode belangrike elemente in die hulpverleningsproses.

#### (e) Terminering

Vir die doel van hierdie navorsingsverslag sal daar op net een aspek van terminering, sogenaamde "*drop-outs*", gefokus word wat veral in die praktyk met hulpverlening aan dwelmgebruikers gereeld voorkom. Kliënte onttrek gewoonlik van die hulpverlening deur nie vir afsprake op te daag nie, sonder om die maatskaplike werker vooraf daarvan in kennis te stel. Die staking van hulpverlening deur die kliënt kan nie slegs aan 'n ongemotiveerde houding toegeskryf word nie. Een van die belangrikste take van die maatskaplike werker tydens hulpverlening is om te poog om die uitvalsyfers tot die minimum te beperk.

Volgens bestudeerde literatuur (Baldwin 1991, Copeland & Hall 1992, Miller 1989, Rogers 1990 en Zweben et al. 1988) speel verskeie faktore by hulpverlening 'n rol in die staking van hulpverlening deur die kliënt. Een van die belangrikste aspekte, volgens Rogers (1990:41), wat die uitvalsyfers verhoog is 'n negatiewe houding teenoor die kliënt. Na aanleiding van die bespreking vroeër in die hoofstuk, is dit duidelik dat die houding van die maatskaplike werker 'n belangrike element in die proses van hulpverlening is. Verdere aspekte, volgens Zweben et al. (1988:5), wat vroeë terminering tot gevolg kan hê, is misverstande en verskille tussen die maatskaplike werker en kliënt aangaande die aard van die behandeling en dat die kliënt nie gereed is vir aksie nie en/of dat die kliënt nie bewus is van die erns van die dwelmprobleem nie en weerstand bied teen die uitvoer van die optrede (aksie) wat aanbeveel word. In die praktyk hou bogenoemde redes verband met die maatskaplike werker wat voorskrywend is oor hoe verandering moet plaasvind in gevalle waar soberheid as die enigste oplossing van die probleem beskou word en die maatskaplike werker verwag dat die kliënt moet optree terwyl hy nog eintlik in die oorwegingsfase is.

Baldwin (1991:46) verduidelik dat ten einde die staking van behandeling deur kliënte te verminder, moet die maatskaplike werker seker maak dat die kliënte werklik in die oorwegingsfase is. Wanneer werkers die staat van verandering verkeerdlik evalueer sal dit nie net vroeë terminering tot gevolg hê nie, maar ook 'n vertraging in die proses van verandering. In aansluiting hiermee moet maatskaplike werkers, volgens Moffett, Bruce & Horvitz (1983:214) hul'e siening dat totale geheelonthouding die enigste alternatief is, verander. Indien geheelonthouding 'n langtermyn doelstelling is, moet die maatskaplike werker aanvaar dat dit nie onmiddellik bereik sal word nie en dat terugvalle deel is van die proses van behandeling. Daarom is dit belangrik dat bereikbare doelstellings op 'n korttermyn basis beplan moet word, ten einde verandering daar te stel. Samevattend kan vroeë terminering voorkom word deurdat die maatskaplike werker 'n positiewe houding teenoor die dwelmgebruiker handhaaf, realistiese doelstelling na aanleiding van die fase van verandering, saam met die kliënt beplan word, dat die maatskaplike werker nie voorskrywend nie, maar onderhandelend optree ten opsigte van behandeling en doelstellings sowel as korrekte assessering en evaluering van die kliënt se dwelmprobleem en van die fase van verandering.

## 5.4 SAMEVATTING

Hulpverlening aan die dwelmgebruiker vereis gespesialiseerde kennis wat impliseer dat verdere opleiding na die kwalifisering as maatskaplike werker noodsaaklik is. Omrede die gesinsorgwerker tot 'n groot mate te doen kry met die alkohol- en dwelmgebruiker is dit die welsynsorganisasie se verantwoordelikheid om verdere opleiding van personeel te verseker en sodoende maatskaplike werkers help om effektiewe hulpverlening aan die dwelmgebruiker te verseker. Die houding van die maatskaplike werker speel 'n belangrike rol in die hantering van die dwelmgebruiker. Empatiese meeleving, belangstelling, opregtheid, vertroue, kalmte en volharding is die belangrikste beginsels vir 'n positiewe houding. Die benutting en toepassing van tegnieke en take, naamlik konfrontasie, motivering, kennisuitbreiding deur opvoeding, die aanleer van lewensvaardighede as motiverende onderhoudvoering is vroeër bespreek. Aandag is ook geskenk aan hulpverlening aan die dwelmgebruiker ten opsigte van assessering, doelformulering en kontraktering, die ontwerp van 'n hulpverleningsprogram, metodes van intervensie asook terminering. In die volgende hoofstuk, teen die agtergrond van die literatuurstudie in Hoofstukke 2 tot 5, word die aandag verskuif na 'n bespreking van die empiriese ondersoek.



## HOOFSTUK 6

# HOUDINGS EN LEERBEHOEFTE VAN MAATSKAPLIKE WERKERS TEN OPSIGTE VAN HULPVERLENING AAN DIE DWELM- GEBRUIKER

### 6.1 INLEIDING

In die vorige vier hoofstukke is die definisies en diagnostiese kriteria van dwelmmisbruik en -afhanklikheid, dwelmmiddels met spesifieke verwysing na dagga en Mandrax, behandelingsperspektiewe van afhanklikheid en hulpverlening aan die dwelmgebruiker, bespreek. Die voorafgaande teoretiese fundering van die belangrikste aspekte van hulpverlening aan die dwelmgebruiker dien as riglyne vir die maatskaplike werker ten opsigte van die hantering van die dwelmgebruiker.

Alhoewel hulpverlening aan die dwelmgebruiker 'n gespesialiseerde veld is, kan die maatskaplike werker by 'n gesinsorgorganisasie waardevolle hulp aan die dwelmgebruiker verleen. Die feit dat daar veral op die platteland, beperkte hulpbronne beskikbaar is, verg des te meer dat die maatskaplike werker effektiewe hulpverlening sal verskaf. Om sodanige effektiewe hulpverlening te verseker, is dit noodsaaklik dat die maatskaplike werker oor spesifieke kennis en vaardighede sal beskik en daarmee saam die regte ingesteldheid sal hê. Ten einde die leerbehoeftes en houdings rakende hulpverlening aan die dwelmgebruiker by die maatskaplike werker te bepaal, is data deur middel van 'n vraelys ingewin en ontleed. Hierdie verwerkte data word in verband gebring met bestudeerde literatuur en word vervolgens bespreek.

### 6.2 IDENTIFISERENDE INLIGTING

#### 6.2.1 *Geslag, ouderdom, opleiding en diensjare*

Die meerderheid van die respondente, 20 (95%), was vroulik terwyl slegs een (5%) van die respondent manlik was. Die ouderdomverspreiding en tipe opleiding van die respondente word in Tabel 6.1 aangedui.

**TABEL 6.1: OUDERDOM EN OPLEIDING**

Ouderdom	N	%
Onder 25 jaar	7	34
26 - 29 jaar	3	14
30 - 34 jaar	2	10
35 - 39 jaar	3	14
40 - 45 jaar	3	14
46 - 49 jaar	-	-
50 - 60 jaar	3	14
	21	100
OPLEIDING AS MAATSKAPLIKE WERKER		
BA (MW) graad (3 jaar)	1	5
BA (MW) graad (4 jaar)	6	28
MW diploma (3 jaar)	8	38
MW diploma (4 jaar)	5	24
BA honneurs (MW)	-	-
MA (MW)	1	5
D.Phil (MW)	-	-
	21	100

Die meerderheid respondente, sewe (34%), kom voor in die ouderdomsgroep jonger as 25 jaar, en dit dui daarop dat die meerderheid respondente nog nie langer as 3 jaar werksaam is nie. Met betrekking tot die respondente se opleiding het die meerderheid respondente, agt (38%), 'n 3 jaar diploma in Maatskaplike Werk as kwalifikasie, daarna het ses (28%) 'n 4 jaar BA (MW) graad en vyf (24%) respondente het 'n 4 jaar MW diploma, as opleiding. Alhoewel die meerderheid oor 'n 3 jaar Maatskaplike Werk diploma beskik, is nie een van hierdie respondente jonger as 35 jaar nie. Die respondente jonger as 25 jaar, wat die meerderheid in die ouderdomverspreiding uitmaak, het of 'n 4 jaar BA (MW) of 'n 4 jaar Maatskaplike Werk diploma. Hieruit kan afgelei word dat die meerderheid respondente dus oor meer onlangse teoretiese kennis in sake afhanklikheid, hantering van die dwelmgebruiker en behandelingsperspektiewe beskik, alhoewel hulle nog relatief min werkservaring het. In teenstelling hiermee wys

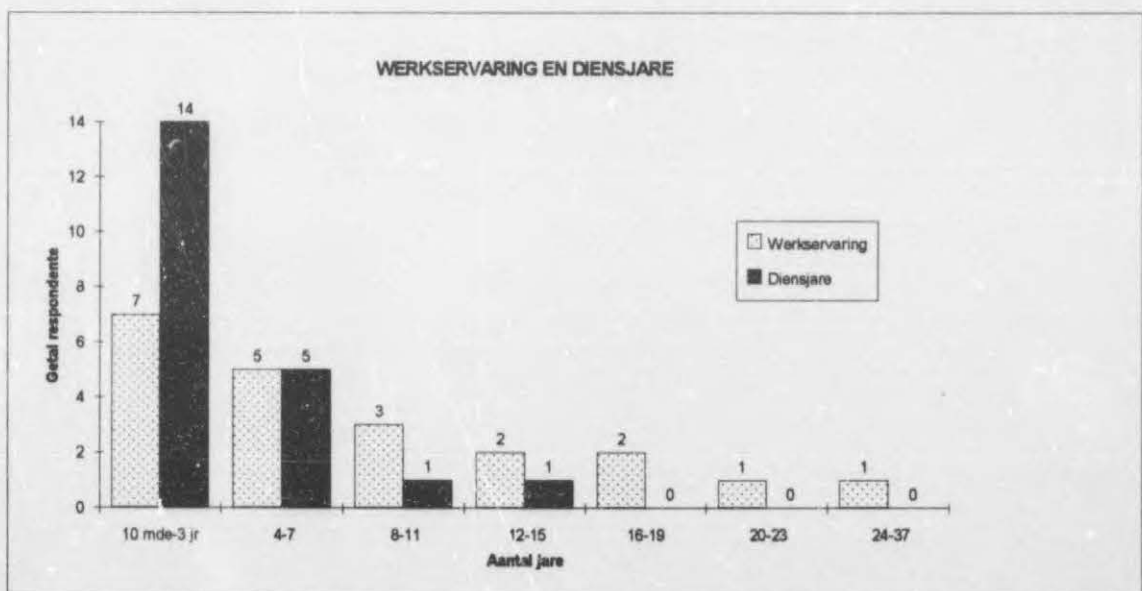


Baldwin (1990) daarop dat maatskaplike werkers in die algemeen, na hul opleiding, van mening is dat hulle oor min of geen kennis omtrent die hantering van die dwelmgebruiker beskik nie.

Die meerderheid respondente wat 'n 3 jaar diploma in Maatskaplike Werk het, het aangedui dat hulle ouer as 34 jaar is. Alhoewel hulle oor werkservaring beskik, kan die afleiding gemaak word dat hulle kennis en houdings op die tradisionele teorie van afhanklikheid gebaseer is, tensy hulle aanvullende opleiding rakende afhanklikheid ontvang het. Verdere opleiding is dus noodsaaklik ten einde effektiewe hulpverlening, gebaseer op nuwe ontwikkelinge in die veld van afhanklikheid, te verseker.

#### 6.2.2 Werkservaring in maatskaplike werk en tydperk van diensjare

Die aantal jare werkservaring in die maatskaplikewerk-veld en die tydperk van diensjare van respondente wat by die huidige organisasie werkzaam is, word in Figuur 6.1 uiteengesit. Die tydperk van werkservaring van respondente wissel van 10 maande tot 37 jaar. Die kortste diensjare by die huidige gesinsorganisasie is 10 maande terwyl die langste diensjare 12 jaar is.



**FIGUUR 6.1: WERKSERVARING EN DIENSJARE VAN MAATSKAPLIKE WERKERS**

Soos uit Figuur 6.1 afgelei kan word, het die grootste getal, sewe (33%), maatskaplike werkers nie langer as 3 jaar se werkservaring nie, en dit sluit aan by die meerderheid, sewe (34%), respondente, in Tabel 6.1 wat onder 25 jaar oud is. Die grootste aantal respondente, 14 (66%), se diensjare by die huidige organisasie beloop tussen 10 maande en 3 jaar. Soos reeds genoem sou die aanname gemaak kon word dat respondente wat jonger as 25 jaar, en met minder as drie jaar werkservaring, oor genoegsame teoretiese kennis van afhanklikheid moet beskik. Dit is egter teenstellend met wat Baldwin (1990) in hierdie verband sê, asook met die bevindinge van hierdie studie wat later bespreek sal word. Die afleiding kan dus gemaak word dat verdere opleiding binne die organisasie, met spesifieke verwysing na afhanklikheid, dus nie plaasvind nie, of dat die opleiding binne die organisasie onvoldoende is. Leckie (1990:47) wys

daarop dat omdat die maatskaplike werker tot 'n groot mate met die misbruik van dwelmmiddels (alkohol ingesluit) te doen kry, dit die verantwoordelikheid van welsynsorganisasies is om verdere opleiding van die personeel in hierdie verband te verseker.

### 6.2.3 Posvlak van, en metodes beoefen deur respondente

Die meerderheid, 19 (90%), respondente beklee die pos van 'n maatskaplike werker en die minderheid, 2 (10%), beklee die posvlak van 'n senior maatskaplike werker. Die aard van die metodes wat beoefen word het 44 response gelewer. Die meerderheid, 16 (76%), beoefen die geïntegreerde benadering, terwyl 13 (62%) gevallewerk doen, agt (38%) groepwerk en sewe (33%) respondente gemeenskapswerk as metode beoefen. Dit is moontlik dat hierdie vraag verkeerd geïnterpreteer is en dat daar verwarring oor die term *geïntegreerde benadering* bestaan het. Die afleiding kan gemaak word dat al die respondente wel in die veld werksaam is en dat die moontlikheid dat hulle alreeds dienste aan die dwelmgebruiker gelewer het, of in die toekoms sal lewer, bestaan.

### 6.2.4 Werkservaring in verskillende maatskaplikewerk-diensvelde

Die respondente se werkservaring in verskillende diensvelde word vervolgens in Tabel 6.2 uiteengesit.

**TABEL 6.2: WERKSERVARING VAN DIE MAATSKAPLIKE WERKERS**

WERKSERVARING IN DIENSVELDE	N	%
Gesinsorg	20	95
Kindersorg	13	62
Bejaardesorg	9	43
Geestesgesondheid	6	29
Fisiese gestremdheid	5	24
Misdaadvoorkoming	1	5
Alkoholisme	11	52
Dwelmafhanklikheid	8	38
Huweliksberaad, ongehuide moederskap, GMW, inrigtingsorg in gevangenis en psigiatrie *	5	24

Aantal response = 78 response

Een respondent het nie die vraag beantwoord nie.

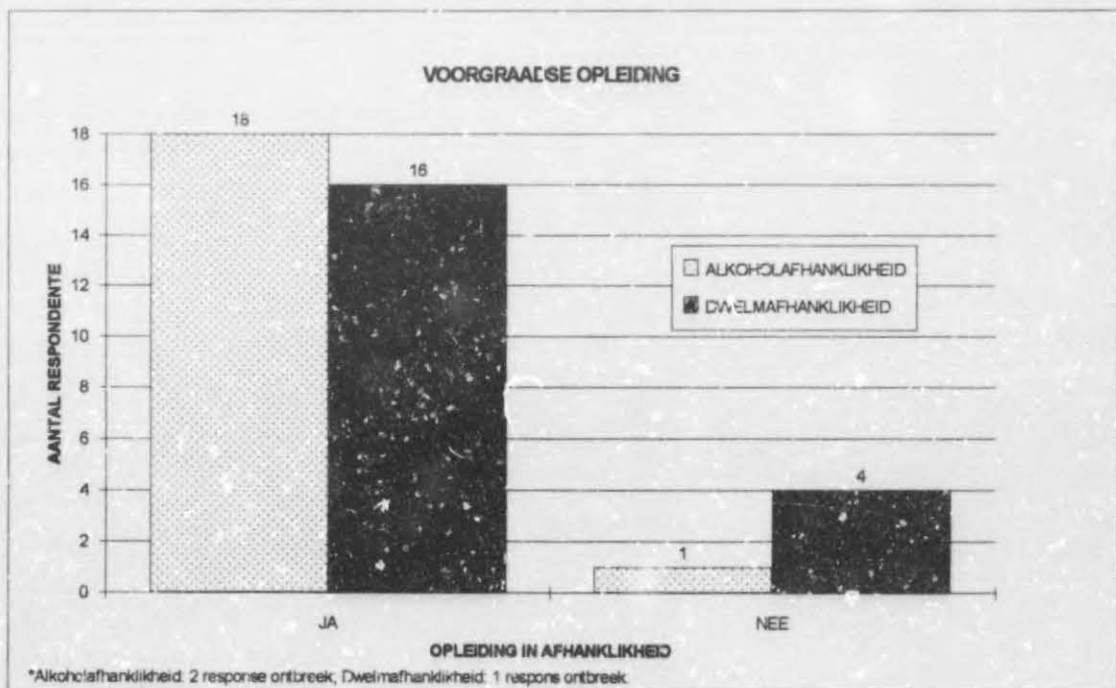
\*Vyf respondente het onderskeidelik ondervinding in die genoemde diensvelde.



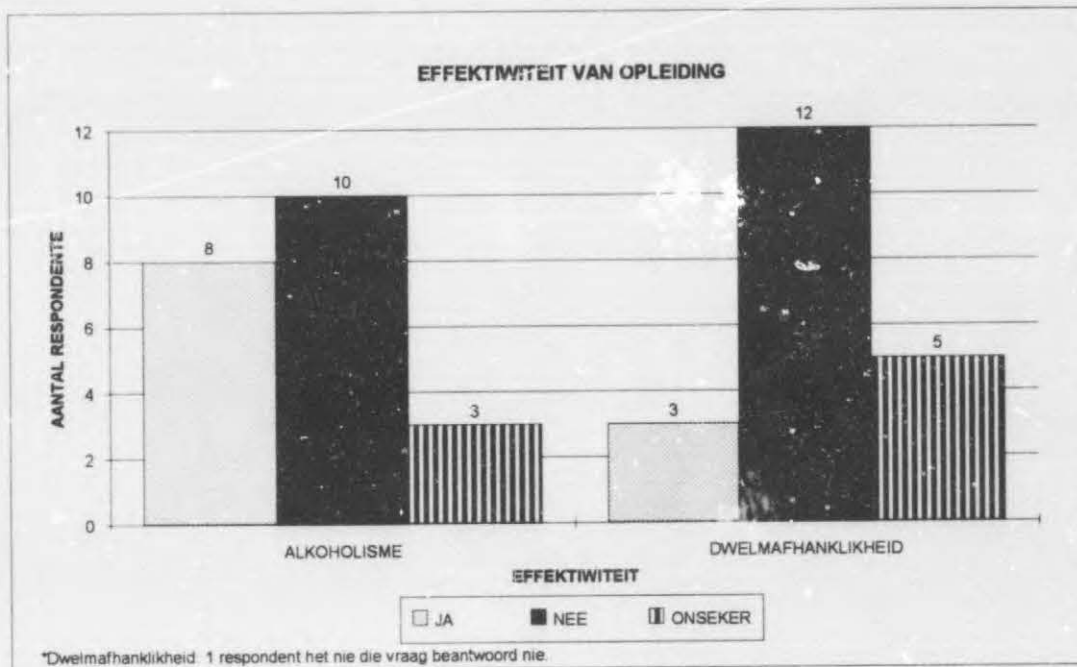
By ontleding blyk dit dat, tot op hede, tien (48%) respondente geen werkservaring in alkoholisme het nie en 13 (62%) respondente geen werkservaring in dwelmafhanglikheid het nie. Dit blyk ook dat hierdie vraag verkeerdelik geïnterpreteer is; respondente het nie hul aantal jare werkservaring ingevul nie. Onsekerheid bestaan of respondente in die verskillende diensvelde gespesialiseer het, of hul net blootstelling ten opsigte van die maatskaplike probleme van die verskillende diensvelde gehad het, wat 'n sinvolle afleiding bemoeilik. 'n Verdere afleiding kan gemaak word na aanleiding van die groot aantal (19) maatskaplike werkers wat wel werkservaring het, in onderskeidelik alkoholisme en dwelmafhanglikheid, dat die gesinsorgwerker wel op 'n gereelde basis met afhanglikheid te doen kry, weens die pre-statutêre werk in dié bepaalde diensveld. Met verwysing hierna is dit dus noodsaaklik dat die maatskaplike werker oor genoegsame kennis en vaardighede moet beskik, ten einde effektiewe hulpverlening moontlik te maak en vir die gesinsorgwerker om 'n waardevolle rol in die hantering van die dwelmgebruiker te kan speel.

#### 6.2.5 Voorgraadse en verdere opleiding met betrekking tot afhanglikheid

In hierdie afdeling word daar na die maatskaplike werker se voorgraadse opleiding gekyk, die effektiwiteit daarvan in die hantering van die afhanglike, asook na verdere opleiding in dié verband. Figuur 6.2 gee 'n aanduiding van respondente se voorgraadse opleiding en Figuur 6.3 van die effektiwiteit van opleiding.



**FIGUUR 6.2: VOORGRAADSE OPLEIDING VAN MAATSKAPLIKE WERKERS**



**FIGUUR 6.3: EFFEKTIVITEIT VAN OPLEIDING IN DIE HANTERING VAN DIE AFHANKLIKE**

Na aanleiding van die respondente se voorgraadse opleiding met betrekking tot afhanklikheid, blyk dit dat die meerderheid respondente opleiding in alkoholisme en dwelmafhanklikheid ontvang het. Agtien (85%) respondente het opleiding in alkoholaafhanklikheid ontvang, terwyl 16 (76%) respondente opleiding in dwelmafhanklikheid ontvang het. Ten opsigte van opleiding in alkoholaafhanklikheid het twee (10%) respondente nie die vraag beantwoord nie, en met betrekking tot dwelmafhanklikheid het een (5%) respondent nie die vraag beantwoord nie. Dit blyk wel dat opleidingsinstansie voorgraadse studente ten opsigte van die hantering van die afhanklike, oplei omd. t dit 'n diensveld is van die Nasionale Wetsynswet (Wet 100 van 1978). Die vraag ontstaan dan wat is die effektiwiteit van hierdie opleiding vir die gekwalifiseerde maatskaplike werker in die hantering van die alkohol- en/of dwelmafhanklike.

By die bepaling of die respondente se opleiding voldoende was ten einde die probleme en behoeftes rakende die alkohol- en/of dwelmafhanklike te hanteer, het die meerderheid respondente in albei terreine van afhanklikheid hul opleiding as onvoldoende beskou. Na aanleiding van Figuur 6.3 is dit duidelik dat die meerderheid, tien (48%), die opleiding in alkoholaafhanklikheid, en 12 (57%) in dwelmafhanklikheid, as onvoldoende beskou het. Verskeie skrywers (Alaszewski & Harrison 1992, Baldwin 1991 en Leckie 1990) wys daarop dat maatskaplike werkers oor die algemeen hul opleiding, met betrekking tot kennis en vaardighede in die hantering van die afhanklike, as onvoldoende beskou. Van Wormer (1987:342) verduidelik dat opleiding in sake afhanklikheid deurgaans tydens die opleidingskurse geïntegreer moet word, en dat opleiding nie net 'n eenmalige kursus in afhanklikheid behels nie. Die afleiding wat gemaak word, naamlik dat maatskaplike werkers hul opleiding as onvoldoende beskou, het verreikende gevolge, vir die maatskaplike werker sowel as vir die klient, in die hulpverleningsproses. Die



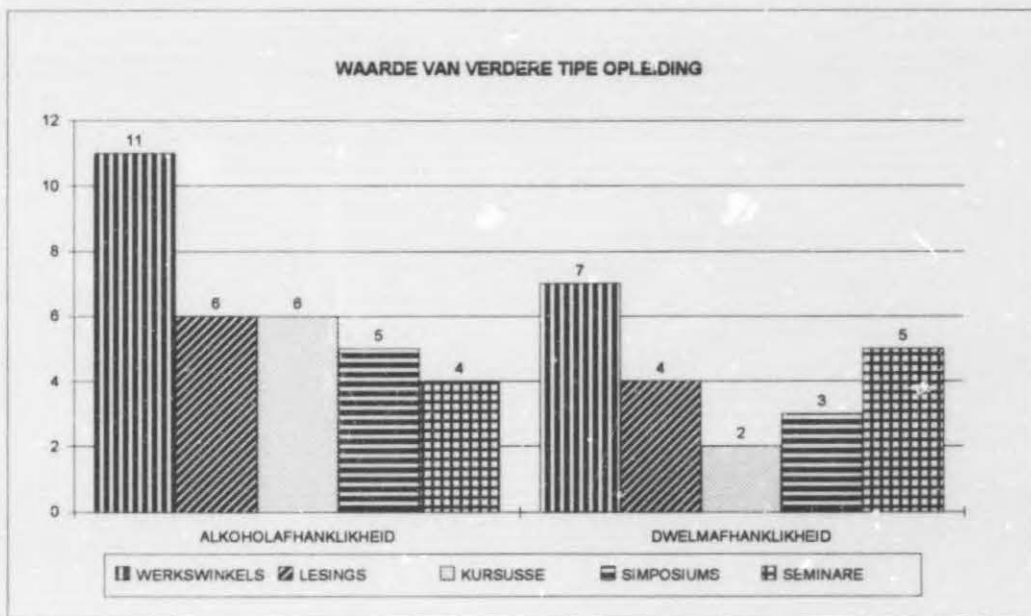
maatskaplike werker het dus nie genoegsame vertroue in haar kennis en vaardighede om hulpverlening aan die dwelmgebruiker te laat geskied nie, wat effektiewe hulpverlening aan die dwelmgebruiker inkort.

Afgesien van die feit dat voorgraadse opleiding as onvoldoende beskou word, wys King & Lorensen (1989:379) en Leckie (1990:56) daarop dat opleiding nie ophou wanneer die maatskaplike werker haar kwalifikasie verwerf nie en beklemtoon dat verdere opleiding in afhanklikheid belangrik is. Na aanleiding van die respondente se verdere opleiding in Tabel 6.3, blyk dit tog dat die meerderheid, 16 (76%), verdere opleiding in **alkoholafhanklikheid** en 12 (57%) in **dwelmafhanklikheid** ontvang het. Die tipe verdere opleiding wat in alkoholafhanklikheid ontvang is, wissel van seminare, tien (48%), werkswinkels, 13 (62%); kursusse, vier (19%); simposiums, sewe (33%), en lesings, nege (43%). Drie-en-veertig response is ontvang. Verdere opleiding in dwelmafhanklikheid het in die vorm van seminare, vyf (23%); werkswinkels, agt (38%); kursusse, drie (14%); simposiums, ses (28%) en lesings, sewe (33%), geskied en verteenwoordig 29 response. Hieruit blyk dit dat die meerderheid van respondente seminare en werkswinkels bygewoon het.

**TABEL 6.3: VERDERE OPLEIDING IN AFHANKLIKHEID**

	<b>ALKOHOL- AFHANKLIKHEID</b>	<b>DWELM- AFHANKLIKHEID</b>
Respondente wat verdere opleiding ontvang het	16	12
<b>TIPE OPLEIDING ONTVANG</b>		
Seminare	10	5
Werkswinkels	13	8
Kursusse	4	3
Simposiums	7	6
Lesings	9	7
Aantal response	43	29

Die nut van verdere opleiding na aanleiding van Figuur 6.4, in die hantering van die dwelmgebruiker, volgens 15 (71%) respondente, was groot, maar volgens een (5%) respondent was dit van geen waarde nie. Die waarde van opleiding deur middel van werkswinkels was die grootste, volgens 11 (52%) respondente; daarnaas lesings, ses (29%); kursusse, ses (29%); simposiums, vyf (24%), en seminare, vier (19%). Verdere opleiding in **dwelmafhanklikheid** was van waarde ten opsigte van werkswinkels, sewe (33%); seminare, vyf (24%), lesings, vier (19%); simposiums, drie (14%) en kursusse, twee (10%).



\* 5 Respondente het geen verdere opleiding ontvang nie. Aantal response: 63

**FIGUUR 6.4: WAARDE VAN VERDERE OPLEIDING**

Soos reeds genoem, wys Leckie (1990:47) daarop dat dit die verantwoordelikheid van welsynsorgasiasies is om verdere opleiding van hul personeel te verseker. Afgesien van welsynsorgansisasie is dit ook die verantwoordelikheid van spesialiteitsorganisasies om werksinkels, seminare, lesings en simposiums oor afhanklikheid aan te bied. Davidson, Rollnick & MacEwan (1991:100) is van mening dat die opleiding van beraders wat met afhanklikheid werk, 'n deurlopende proses is. Volgens die skrywers is die mees effektiewe vorm van opleiding vir maatskaplike werkers wat in afhanklikheid spesialiseer, die bespreking en evaluering van gevallestudies van kliënte met dwelmprobleme, wat in behandeling is. Hierdie tipe opleiding kan vir die gesinsorgwerker baie waardevol en leersaam wees. Leckie (1990:47) verduidelik dat alhoewel organisasies vir die opleiding van personeel verantwoordelik is, opleiding binne en buite organisasie baie gefragmenteerd is en dat dit dus nie effektief is nie. Na aanleiding hiervan blyk dit dat die welsynsorgansiasie en spesialiteitsorganisasie, opleiding moet koördineer ten einde die effektiwiteit daarvan te verhoog. Die waarde van gevalle-bespreking en opleiding in kleiner groepe moet inaggeneem word in die beplanning van opleidingskursusse.

### 6.2.6 Literatuur

In antwoord op die vraag of enige opleeswerk oor die hantering van die dwelmgebruiker gedoen is, blyk dat dit 16 (76%) respondente literatuur bestudeer het, terwyl die minderheid, drie (14%), geen opleeswerk gedoen het nie. Een (5%) van die respondente het die vraag verkeerd geïnterpreteer. Vanuit die 16 (76%) respondente wat literatuur bestudeer het, was dit vir 12 (57%) van waarde in die hantering van die dwelmgebruiker, maar vir drie (14%) het dit geen waarde gehad nie. Die vraag is deur twee (10%) respondente óf nie ingevul nie óf verkeerd geïnterpreteer.

Tabel 6.4 dui die tipe literatuur aan wat bestudeer is.



**TABEL 6.4: TIPE LITERATUUR BESTUDEER**

N = 21

TIPE LITERATUUR BESTUDEER	Response*	% Response
Inligtingstukke/pamflette	16	76
Vaktydskrif-artikels	13	62
Tydskrif/Koerantartikels	14	66
Navorsingstudies	3	14
Vakliteratuur	8	38
Ander	6	29

\* Respondente kon meer as een keuse voltooi.

'n Totaal van 60 response is aangeteken.

Een respondent (5%) wat aangedui het dat sy nie literatuur bestudeer het nie, het twee response aangeteken wat nie in berekening gebring is nie, omrede die beantwoording van die vraag teenstrydig is, want die respondent het aangedui dat sy geen literatuur bestudeer het nie.

Die tipe literatuur wat deur die meerderheid respondente, 16 (76%), bestudeer is, sluit inligtingstukke en pamflette in. Inligtingstukke wat spesifiek vir die maatskaplike werker bedoel is, is egter beperk. Normaalweg word hierdie inligtingstukke en pamflette vir die dwelmgebruiker en gesinslede opgestel en nie vir professionele persone nie. Dit is kommerwekkend dat dit hierdie tipe literatuur is wat deur die meerderheid respondente bestudeer is. Slegs drie (14%) respondente het navorsingstudies bestudeer en agt (38%) respondente het spesifieke vakliteratuur bestudeer. Alhoewel vaktydskrif-artikels deur 13 (62%) respondente bestudeer is, is dit vir die maatskaplike werker noodsaaklik dat daar wyer oor dwelmafhanklikheid gelees moet word om sodoende haar kennis uit te brei. Van der Walt & Van der Westhuizen (1990:304) wys daarop dat die literatuur ryk is aan die beskrywing van alkoholisme as maatskaplike probleem, maar dat daar 'n leemte bestaan aan riglyne vir die hantering van die alkoholafhanklike klient. Hierdie leemte bestaan ook ten opsigte van die hantering van die dwelmgebruiker. Weens die beperkte literatuur veral in die Suid-Afrikaanse konteks, oor die hantering van die alkohol- en dwelmafhanklike, blyk dit dat die maatskaplike werker hoofsaaklik inligtingstukke en pamflette bestudeer en dit is onvoldoende vir die uitbreiding van kennis. Omdat daar min opleiding binne die welsynsorganisasie vir die werker is, het dit tot gevolg dat die werker ook beperkte literatuur tot haar beskikking het. Dit belemmer die maatskaplike werker se moontlikhede om haar kennis en vaardighede uit te brei en dit veroorsaak dat haar hulpverlening ingekort word.

### 6.2.7 Bedieningsarea

Die bedieningsareas waar respondente werksaam is, word in Tabel 6.5 uiteengesit.

**TABEL 6.5: BEDIENINGSAREA**

N = 21

BEDIENINGSAREA	N	%
Platteland	15	71
Stedelik	2	10
Voorstedelik	4	19

\* Een respondent het nie die bedieningsarea aangedui nie, terwyl een respondent se bedieningsarea beide die platteland en die stedelike gebied insluit.

Uit die tabel blyk dit dat die meerderheid respondente, 15 (71%) op die platteland werksaam is. In antwoord op die vraag of daar in die onmiddellike omgewing ( $\pm 30$  km radius) 'n organisasie, kliniek of sentrum is wat spesialiseer in die behandeling van die dwelmafhanglike, het 13 (62%) respondente bevestigend geantwoord. Agt (38%) het aangedui dat geen bron in die onmiddellike omgewing bestaan nie. Alhoewel 13 (62%) respondente aangedui het dat daar wel 'n spesialisasie hulpbron binne 'n 30 km radius teenwoordig is, moet dit in ag geneem word dat sewe (33%) van hierdie 13 (62%) respondente in **stedelike en voorstedelike** gebiede werksaam is. Die spesialisasie bronne wat deur respondente benut word sluit in: Toevlug Rehabilitasie Sentrum, SANRA, NADAG, Lentegeur Hospitaal, Avalon Rehabilitasie Sentrum, De Novo Rehabilitasie Sentrum, Ramot Rehabilitasie Sentrum, Muldersvlei Rehabilitasie Sentrum en Stikland Hospitaal. Dertien (62%) van die respondente maak gebruik van hierdie bronne. Die respondente se motivering vir die benutting van hierdie bronne behels onder andere die kommitering van kliënte, die verwysing van gemotiveerde persone, beter deskundige hulpverlening, die maatskaplike werker se gebrekkige kennis of indien die kliënt dit verkies. Drie respondente (14%) se motivering waarom hulle nie van dié bronne gebruik maak nie, sluit in: die respondent het die aanbeveling gemaak, maar dat die verwysings deur die skoolhoof of geneesheer geskied het en omdat dit nog nie nodig was om 'n kliënt te verwys nie. Die derde respondent het geen motivering gegee nie. Die meerderheid van die respondente is werksaam in stedelike en voorstedelike gebiede, waar bronne wel gereedelik beskikbaar is en benut word. Na aanleiding van die *motiveringsredes* waarom die maatskaplike werkers van die bronne gebruik maak, wat insluit: *indien die kliënt gemotiveerd is vir behandeling* en *omrede die maatskaplike werker oor beperkte kennis beskik*, ontstaan daar sekere vrae. Watter tipe insette lewer die maatskaplike werker wat oor beperkte kennis beskik, en watter tipe insette word gelewer indien die kliënt nie



gemotiveerd is nie? Die afleiding kan gemaak word dat omdat maatskaplike werkers nie oor genoegsame kennis beskik nie, kliënte na spesialiteitsorganisasie verwys word, hetsy dit vir die kliënt moontlik is of nie. Dit blyk dat indien die kliënt nie gemotiveerd is vir die behandeling nie, daar geen verdere aktiewe hulpverlening vanuit die organisasie geskied nie, totdat die situasie so verswak het, dat kommittering die enigste alternatief is. Skrywers (Miller 1989, Miller & Rollnick 1991, Van Bilsen & Van Emst 1991) wys daarop dat een van die belangrikste take in hulpverlening aan die dwelmgebruiker is om die persoon vir verandering van gedrag te motiveer. Indien die maatskaplike werkers sou wag totdat die persoon self gemotiveerd is vir die verandering van gedrag, hou dit ernstige implikasies in vir die kliënt, gesin en gemeenskap. Die gevolgtrekking, naamlik dat die gesinsorgwerker 'n baie belangrike rol speel in die motivering van die kliënt tot gedragsverandering, of waar die werker die individu moet motiveer vir inskakeling by 'n spesialiteitsbehandeling, word hierdeur beklemtoon.

### 6.3. VOORKOMS VAN DWELMGEBRUIK

#### 6.3.1 Werklading

Die aantal lêers in die huidige werkladings van die respondente verskil baie. Aangesien die grootste getal respondente, 16 (76%), nie slegs individuele berading of slegs groepwerk doen nie, maar die geïntegreerde benadering volg, is dit verstaanbaar. Die getal lêers per gevallelading wissel van twee kliënte tot 236. Tien (47%) respondente het elk 'n gevallelading van meer as 70 kliënte.

Die grootste getal kliënte in een gevallelading wat beide dagga en Mandrax gebruik, is 20. Die gemiddelde aantal kliënte per gevallelading wat dwelmmiddels gebruik, is drie gebruikers en dié met dwelmverwante probleme ook drie kliënte. Die gemiddelde voorkoms van kliënte wat dwelms gebruik en dwelmverwante probleme het, blyk opvallend en verbasend min te wees.

Die vraag ontstaan of die maatskaplike werkers oor genoegsame kennis beskik om die gebruik van dagga en/of Mandrax te kan identifiseer. Skrywers (Alaszewski & Harrison 1992, Baldwin 1991 en Leckie 1990) wys daarop dat beperkte kennis wat angstigheid tot gevolg het, daartoe lei dat die maatskaplike werker nie die probleem maklik kan identifiseer nie. Dit bring mee dat die maatskaplike werker met beperkte kennis, hoofsaaklik aandag sal skenk aan die sekondêre probleem (byvoorbeeld kindermishandeling) en die primêre probleem (byvoorbeeld dwelmmisbruik) kan misluk. 'n Ander aspek wat 'n rol kan speel in die identifisering van die probleem, is die maatskaplike werker se eie gevoelens en haar houding oor dwelmafhanklikheid. Du Toit (1988:254) wys daarop dat die maatskaplike werkers nie oor genoegsame kennis beskik nie en derhalwe nie op hul gemak is wanneer hulp aan die afhanklike verleen moet word nie. Dit beïnvloed die werker se houding, wat weer hulpverlening belemmer. Uit die bogenoemde blyk dit dat die maatskaplike werker se gebrek aan kennis en haar houding oor afhanklikheid en haar onvermoë om die probleem te identifiseer, moontlik 'n rol speel in die lae voorkoms van dwelmgebruik en verwante probleme in die gevallelading.

## 6.4 HULPVERLENING AAN DIE DWELMGEBRUIKER

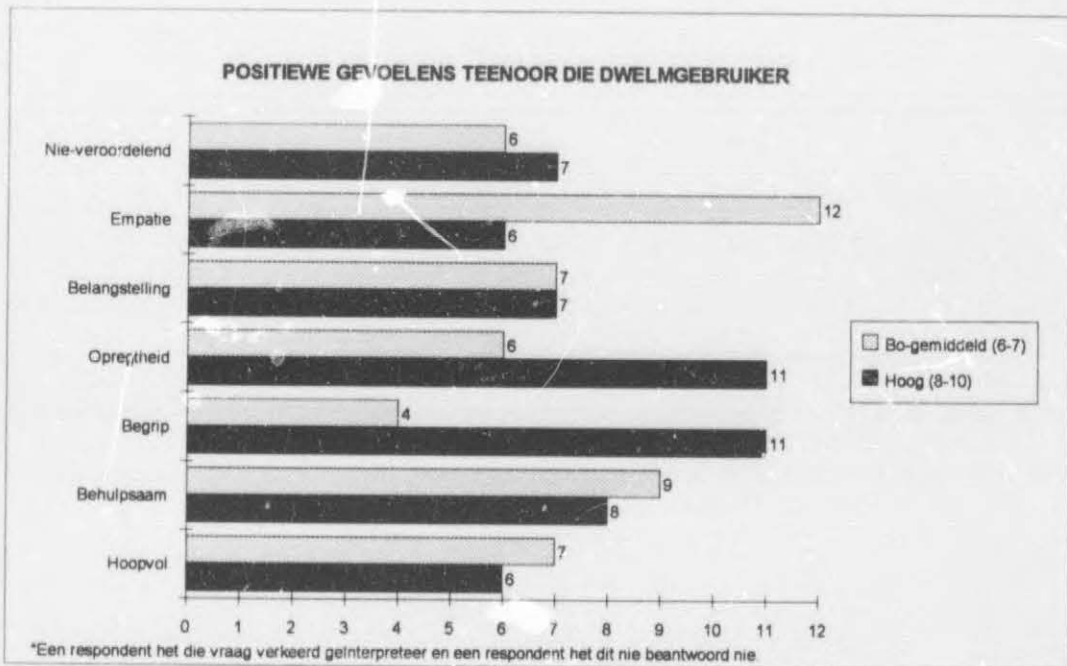
### 6.4.1 Houding teenoor die dwelmgebruiker

#### a) Gevoelens teenoor die dwelmgebruiker

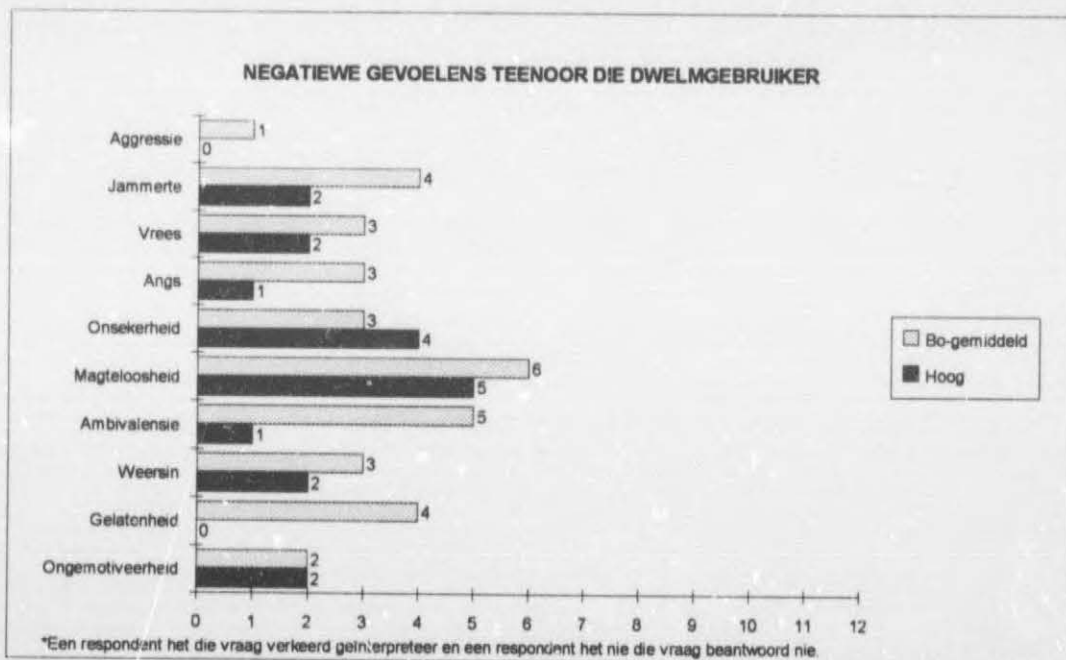
Die belangrikheid van 'n nie-veroordelende houding en 'n onvoorwaardelike positiewe gesindheid teenoor die dwelmgebruiker word deur verskeie skrywers (Balwin 1990, Du Toit 1988, Kent 1990, Leckie 1990, Miller 1990 en Miller & Rollnick 1991) beklemtoon. Die belangrikste beginsels om 'n goeie verhouding daar te stel, volgens Baldwin (1990:72) en Leckie (1990:57-58), behels vertroue, betroubaarheid, begrip, aanvaarding, aanmoediging, warmte, respek en empatie. Na aanleiding van Figuur 6.5 blyk dit dat *opregtheid* en *begrip* van maatskaplike werkers teenoor die dwelmgebruiker, besonder hoog is. Verdere gevoelens, *empatie* en *behulpsaamheid*, wat bydra tot 'n positiewe houding in hulpverlening aan die dwelmgebruiker, word deur die meerderheid van respondente as bogenmiddeld en hoog aangedui. Ten spyte van die respondente se empatie en behulpsaamheid wat besonder hoog is, ervaar hulle terseldertyd, volgens Figuur 6.6 ook negatiewe gevoelens teenoor die dwelmgebruiker, wat die maatskaplike werker se houding beïnvloed en hulpverlening kan belemmer.

Met verwysing na gevoelens wat die maatskaplike werker se houding beïnvloed, is dit na aanleiding van Figuur 6.6 (p.92) duidelik dat die primêre gevoelens wat die houding van die maatskaplike werker moontlik negatief mag beïnvloed, *jammerte*, *onsekerheid*, *magteloosheid*, *ambivalensie* en *gelatenheid* is. Die aanname kan gemaak word dat die maatskaplike werker, weens beperkte kennis oor die hantering van die dwelmgebruiker *magteloosheid*, *onsekerheid*, *jammerte* en *ambivalensie* ervaar wat tot 'n mate 'n gevoel van *gelatenheid* tot gevolg het. Hierdie aanname word deur Leckie (1990) en Baldwin (1991) ondersteun. Volgens hulle ervaar maatskaplike werkers normaalweg onsekerheid, wanhopigheid en angstigheid.





**FIGUUR 6.5: POSITIEWE GEVOELENS TEENOR DIE DWELMGEBRUIKER**



**FIGUUR 6.6: NEGATIEWE GEVOELENS TEENOR DIE DWELMGEBRUIKER**

\* In Figuur 6.5 en 6.6 is daar gesamentlik 322 response ontvang. Een respondent het 'n respons uitgelaat.

\*\* In Figuur 6.5 en 6.6 is daar net die hoogste twee resonse, naamlik bo-gemiddeld (6-7) en hoog (8-10) aangedui.

### b) Beskouing van die dwelmgebruiker en van chemiese afhanklikheid

Verskeie skrywers (Ellis et al. 1988:13, Lewis, Dana & Blevins 1988:195, Peele 1987:63 en Rivinus 1988:148) wys op die religieuse en filosofiese beskouinge wat vanuit die morele perspektief spruit. Die skrywers beklemtoon dat die uitgangspunte van hierdie perspektief is dat 'n dwelmgebruiker 'n innerlike swak persoon is wat swak wilskrag het en wat 'n "doelbewuste-sondaar" is. Hierdie siening vanuit die morele perspektief word nie as 'n wetenskaplik interpretasie beskou nie.

Lewis, Dana & Blevins (1988) verduidelik dat die siektekonsep die sonde- en immoraliteitskonsep van die morele perspektief vervang. Die beskouing van die maatskaplike werkers oor die dwelmgebruiker én oor chemiese afhanklikheid word in Tabel 6.6 (p.94) aangedui.

**TABEL 6.6: BESKOUINGE (HOUDINGS) TEN OPSIGTE VAN DIE DWELMGEBRUIKER EN CHEMIESE AFHANKLIKHEID**

N = 21

HOUDINGS	JA		NEE		N
	F	%	F	%	
<i><b>Die dwelmgebruiker as:</b></i>					
'n Sondaar	3	14	15	71	19*
'n Wilswak persoon	6	29	11	52	17*
'n Swak persoonlikheid	8	38	10	48	19*
Meestal 'n ongemotiveerde persoon	12	57	4	19	16*
'n Persoon met 'n maatskaplike probleem wat gehelp kan word	19	90	0	0	19*
<i><b>Chemiese afhanklikheid as:</b></i>					
'n Sonde of 'n skande	1	5	14	66	15*
'n Siekte waaroor die persoon min of geen beheer het nie	9	43	9	43	18*
Aangeleerde gedrag	13	62	4	19	17*
'n Kombinasie van siekte en aangeleerde gedrag	16	76	2	10	19*

\* Respondente kon meer as een antwoord gee.

\* Beskouing van die dwelmgebruiker:

Respondente 6, 8, 12 en 20 het nie al die keuses voltooi nie. Respondent 15 het die vraag verkeerd geïnterpreteer. Respondent 10 het een keuse as Ja/Nee beantwoord. Hul antwoorde word buite rekening gelaat.

\* Beskouing van chemiese afhanklikheid:

Respondente 6, 8, 12, 16 en 20 het nie al die keuses voltooi nie. Respondent 10 het die keuse as Ja/Nee beantwoord. Hul antwoorde word buite rekening gelaat.



Uit die tabel blyk dit dat die meerderheid respondente, 15 (71%), nie die dwelmgebruiker as 'n sondeaar, wilswak persoon, 11 (52%), of as persoon met 'n swak persoonlikheid, 10 (48%), sien nie. Dit blyk dus dat die maatskaplike werkers se kennis voldoende is, omdat hulle nie meer die verouderde morele perspektief, se uitgangspunte, naamlik dat dwelmgebruikers sondears, wilswak persone of as persone met swak persoonlikhede beskou word nie. Dit stem ooreen met Lewis, Dana & Blevins (1988) wat hierdie verouderde modelle as onwetenskaplik beskou. Die houding van die maatskaplike werker dat die dwelmgebruiker meestal 'n ongemotiveerde persoon is (Tabel 6.6), is besonder hoog 12 (57%). Hieruit kan afgelei word dat maatskaplike werkers oor die algemeen die dwelmgebruiker as 'n ongemotiveerde persoon sien en dus as onbehandelbaar. Hierdie houding dui ook op 'n gebrek aan kennis in sake die motivering van die dwelmgebruiker, in die behandelingsproses. Leckie (1990:44) en King & Lorensen (1989:378) ondersteun hierdie siening dat die maatskaplike werkers se houdings veroorsaak dat die dwelmgebruikers normaalweg as ongemotiveerd, aggressief, verdedigend, manipulerend, onvoorspelbaar en as "moeilike" kliënte gesien word. Baldwin (1991:45) en Miller (1989:67) wys daarop dat die houding van maatskaplike werkers dat dwelmgebruikers normaalweg "ongemotiveerd" is, 'n algemene konsepsie in hulpverlening aan die dwelmgebruiker is. Hierdie houding moet vermy word, omdat dit 'n maklike uitweg vir maatskaplike werkers is om uiteindelik mislukte hulpverlening te regverdig. Dit is juis die taak van die maatskaplike werker om die dwelmgebruiker te motiveer om sy gedrag te verander. Verdere beskouinge deur respondente rakende die dwelmgebruiker, is dat die persoon geen lewensverwagtinge het nie en dat swak ekonomiese omstandighede, armoede en sosiale druk tot 'n groot mate dwelmgebruik veroorsaak en vererger. Dit blyk na aanleiding van bogenoemde redes, dat maatskaplike werkers se houding hierdeur beïnvloed word en die persoon sodoende as ongemotiveerd en onbehandelbaar beskou word.

Verder is dit uit Tabel 6.7 duidelik dat die meerderheid van die respondente, 16 (76%), chemiese afhanklikheid as 'n kombinasie van 'n siekte sowel as 'n vorm van aangeleerde gedrag beskou. Wat verblydend is, is dat slegs die minderheid, een (5%), chemiese afhanklikheid as 'n sonde of skande beskou. Hiervan kan afgelei word dat die meerderheid maatskaplike werkers afhanklikheid as 'n kombinasie van 'n siekte sowel as 'n vorm van aangeleerde gedrag beskou, word deur Morgenstern & McCrady (1992:902) en Milkman (1991:63) ondersteun. Laasgenoemde skrywers beskou afhanklikheidsprobleme as multidimensioneel en verduidelik dat 'n eklektiese benadering noodsaaklik is in hulpverlening aan die afhanklike.

#### ***6.4.2 Motivering van die maatskaplike werker***

Die motivering van die maatskaplike werker ten opsigte van hulpverlening aan die dwelmgebruiker, is baie hoog. In Tabel 6.8 word die respondente se motivering en aspekte wat dit bepaal, uiteengesit.

**TABEL 6.7: MOTIVERING EN ASPEKTE WAT MOTIVERING BEINVLOED**

N = 21

10-Punt skaal			
	F *	%	
0 - 2	2	9	- Hopeloos - Beskik nie oor persoonlikheid nie
3 - 4	2	9	- Beperkte kennis - Swak werksmateriaal en onveranderde omstandighede van die dwelmgebruiker
5	0	0	
6 - 7	6	29	- Gesin met insette nodig - Is van mening dat werker nie kan kies nie, maar moet hulp verleen - Ervaar vrees en onsekerheid en dwelmgebruiker se gedrag beïnvloed werker se vermoë - Gefsoleerde en verarmde gemeenskap. Probleem is in groot mate in gemeenskap teenwoordig
8 - 10	10	48	- Dit bly 'n mens wat in die nood verkeer - Indien persoon gemotiveerd is vir hulp - Indien persoon bereid is om saam te werk - Onseker oor eie afhanklikheid in familie - Geslote gemeenskap en beperkte bronne - Gemotiveerd, alhoewel hoop en empatie beperk is

\* Een respondent het die vraag nie beantwoord nie en ses respondente het nie hul antwoord motiveer nie.

Dit is duidelik dat die respondente se motivering om hulp aan die dwelmgebruiker te verleen, hoog is (tien), alhoewel daar voorwaardes is waarop hulle hulp sal verleen. Dit blyk dat van hierdie tien respondente, twee (20%) respondente se motivering hoog is indien die persoon ook gemotiveerd is. Na aanleiding van die voorwaardes vir die maatskaplike werkers se eie motivering, kan die afleiding gemaak word dat die maatskaplike werkers nie oor genoegsame kennis en vaardighede insake die motiveringsproses van die dwelmgebruiker beskik nie. Hierdie beskouing sluit aan by Miller (1989) wat verduidelik dat tradisionele modelle van afhanklikheid, motivering as 'n



karaktertrek, persoonlike eienskap beskou het. Hierdie siening is verouderd, want motivering word tans beskou as die herkenning van 'n probleem, die soeke na 'n manier om te verander, die begin, voortsetting en onderwerping aan die wyse vir verandering. Die veranderingsmodel en motiverings-onderhoudsvoering speel in die motiveringsproses 'n belangrik rol (Miller 1989 en Miller & Rollnick 1991).

#### 6.4.3 *Assessering*

'n Ontleding van die vraelyste toon dat die meerderheid respondente, 15 (71%), nie die DSM III-R se kriteria vir dwelmmisbruik en afhanklik in assessering en evaluering gebruik nie. Slegs twee (10%) dra kennis van die DSM III-R en benut dit wel. Die hoof motivering waarom respondente nie hierdie kriteria gebruik nie, is omdat hulle nie kennis dra van, of vertrou is daarmee nie. Een respondent benut dit nie, omdat sy self skale opgestel het, maar dit dui ook aan dat sy nie kennis dra van die DSM III-R kriteria nie.

Joubert (1990:9) verduidelik dat afhanklikheid 'n multi-dimensionele probleem is wat gedifferensiëerde assessering verg. Die belangrikheid van indiepte assessering is noodsaaklik vir beplanning en implemtering van 'n effektiewe behandelingsprogram vir die dwelmafhanklike wat deur Lewis, Dana & Blevins (1988:74) beklemtoon word. Onvoldende en onvoldoende assessering, volgens dieselfde skrywers, lei tot swak behandelingsresultate, wat nie in die behoeftes van die kliënt voorsien nie. Na aanleiding van die mate waartoe respondente die DSM III-R se kriteria vir misbruik en afhanklikheid benut, kan afgelei word dat hulle nie opiciding in hierdie verband, in voorgraadse kursusse of in verdere opleiding, ontvang het nie. Omdat hulle nie oor die kennis beskik nie, het dit onvoldoende assessering en behandelingsbeplanning tot gevolg, wat tot swak hulpverleningsresultate lei en derhalwe nie in die kliënt se behoeftes voorsien nie.

#### 6.4.4 *Hulpverlening*

Die metodes wat aangewend word in die hulpverleningsproses aan die dwelmgbruiker, is hoofsaaklik individuele beraad. Vyftien (71%) respondente gebruik individuele beraad as 'n metode terwyl twee (10%) respondente groepwerk as 'n metode benut en tien (48%) beide metodes gebruik. Alhoewel net tien van die maatskaplike werkers beide metodes benut, is dit 'n bewys dat die respondente wel bewus is van die waarde van die benutting van beide metodes in hulpverlening aan die dwelmgbruiker. Die vraag ontstaan of maatskaplike werkers die voor- en nadele van hul keuse van die metode wat gebruik gaan word, evalueer, soos deur Botha (1990:6) en Hamlin & Hammersley (1990:94-95) bespreek word, en of hulle keuse bloot op eie voorkeure, of gerieflikheidsaspekte, berus want volgens Hamlin & Hammersley (1990:95), is dit tydrowend om genoeg kliënte bymekaar te kry om 'n groep saam te stel.

Uit die ontleding van die vraelyste is dit duidelik dat die oorgrote meerderheid respondente, 18 (85%), gesinslede en ander sleutelpersone by die hulpverleningsproses betrek. Voorbeelde van sleutelpersone wat betrek word, sluit in: gesinslede, die predikant, die CAD-hulpwerker, die onderwyser, die werkgewer, die maatskaplike werker, asook die CAB- en CAD-lede. Twee (10%) respondente betrek nie kollaterale nie en een (5%) het nie die vraag beantwoord nie. Alhoewel die betrokkenheid van die gesin en ander sleutelpersone tydens behandeling nie vir die doel van hierdie

studie bespreek is nie, is dit positief dat die meerderheid respondente wel die gesinslede en ander sleutelpersone by behandeling betrek.

Verskeie faktore speel 'n rol waarom die meerderheid respondente, 12 (57%), van mening is dat hulle as maatskaplike werkers nie effektiewe hulpverlening binne die organisasie kan aanbied nie. Die faktore wat effektiewe hulpverlening beïnvloed is: beperkte kennis en hulpbronne, 'n tekort aan personeel, te hoë gevalleladings, beperkte huipmiddels, 'n gebrek aan 'n gemotiveerde span asook die feit dat afhanklikheid 'n spesialiteitsveld is.

Dit is negatief dat die meerderheid van die respondente nie effektiewe hulpverlening aan die dwelmgebruiker binne die organisasie kan sien realiseer nie. Dit dui daarop dat die potensiaal van die maatskaplike werkers nie benut word nie, en dié van die kliënt om te verander, geïgnoreer word. Hierdie beskouing strook ook nie met die maatskaplike werker se gevoelens van behulpsaamheid en die hoë mate van motivering van die maatskaplike werker om hulp aan die dwelmgebruiker te verleen nie. Die vraag ontstaan of die gevoelens wat deur die respondente weergegee is, kongruent is en of die welsynsisteem die maatskaplike werker se potensiaal om hulp aan die dwelmgebruiker te verleen, beperk, deur byvoorbeeld hoë werkladings, 'n tekort aan personeel, min of geen opleiding, die afwesigheid van ondersteuningstelsels en goeie supervisie. Ooreenstemmend hiermee identifiseer Leckie (1990:55) die struikelblokke vir effektiewe dienslewering as "*politics, policy, planning, professional, people, practice*".

Agt (42%) respondente is van mening dat effektiewe hulpverlening binne die organisasie, wel kan geskied. Hulle motivering hiervoor is dat die maatskaplike werker wat die hulpverleningsproses aan die gang sit deur die dwelmgebruiker vir hulpverlening te motiveer, ook nasorgdienste kan aanbied en kommitering-aksies kan instel.

Die response van die 13 maatskaplike werkers wat van mening is dat hulpverlening nie binne die organisasie kan plaasvind nie, dui daarop dat hulle hulself nie as aktief betrokke by die hulpverlening sien nie. Daar word dus nie op die hantering van die dwelmgebruiker in die gemeenskap gefokus nie, maar eerder op die verwydering van die persoon uit die gemeenskap. Dit kan wees omdat die maatskaplike werkers as gevolg van beperkte kennis, die dwelmgebruiker normaalweg as 'n ongemotiveerde persoon beskou, en dit negatiewe gevoelens veroorsaak. Hierdie mening word deur Leckie (1990:55) ondersteun. Die bogenoemde skrywer verduidelik verder dat intervensie waarskynlik misplaas, wanordelik, onvanpas of nie teenwoordig is nie, weens swak gedefinieerde werksmetodes, omdat navorsingsbevindinge ignoreer word, 'n beperkte teoretiese basis teenwoordig is en verdere opleiding onvoldoende of geensins geskied nie.

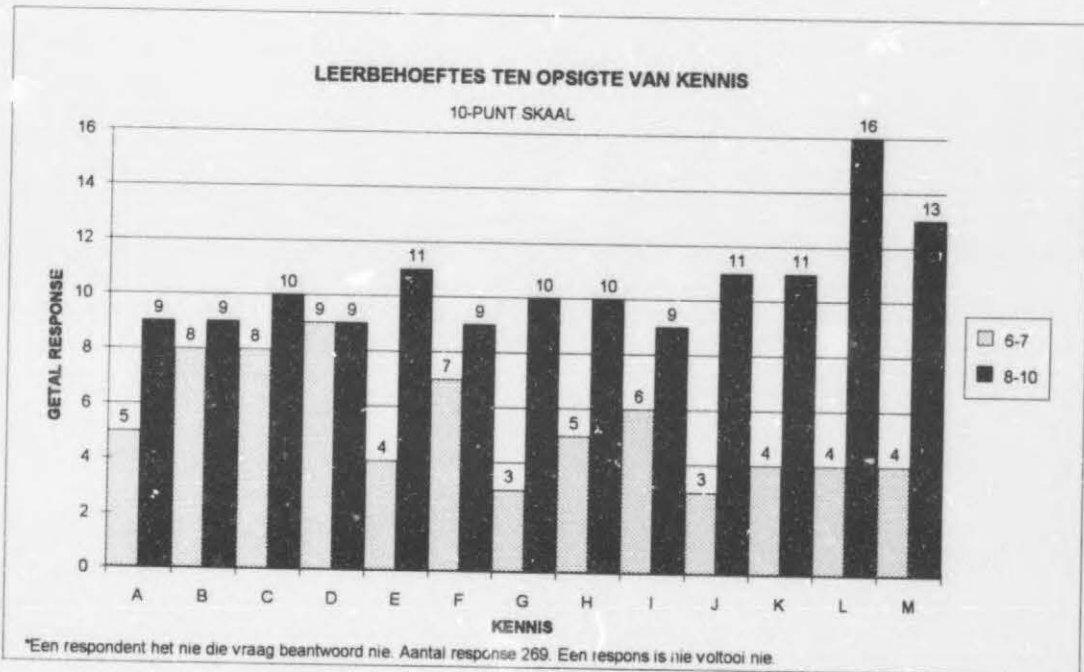
## **6.5 LEERBEHOEFTE VAN DIE MAATSKAPLIKE WERKER IN DIE HULPVERLENING AAN DIE DWELMGEBRUIKER**

### **6.5.1 Kennis**

Leerbehoeftes ten opsigte van kennis in die hantering van die dwelmgebruiker is volgens 'n 10-punt skaal gemeet wat deur die navorser saamgestel is. Die meerderheid respondente se leerbehoeftes het op die 10-punt skaal, volgens



Figuur 6.5 tussen 8 - 10 geval, wat besonder hoog is. Dit beteken dat daar 'n groot behoefte by maatskaplike werkers bestaan om meer kennis te bekom in die hantering van die dwelmgbruiker.



**FIGUUR 6.7: LEERBEHOEFTE TEN OPSIGTE VAN KENNIS IN DIE HANTERING VAN DIE DWELMGEBRUIKER**

Die leerbehoefte is soos volg aangedui:

- A. Algemene tipe dwelmmiddels
- B. Dagga en Mandrax (spesifiek)
- C. Effek van Dagga en Mandrax
- D. Maniere van gebruik en gewoontes
- E. Dwelmtaal en subkulture
- F. Afhanklikheidsproses
- G. DSM III-R kriteria en benutting
- H. Assessering
- I. Verskillende teorieë van afhanklikheid
- J. Benutting van tegnieke in die behandelingsproses
- K. Benutting en aanwending van beginsels in behandeling
- L. Hantering van terugval
- M. Toepassing van verskillende benaderings

\* In Figuur 6.5 is net die hoogste twee response, naamlik bo-geniddeld (6-7) en hoog (8-10) aangedui.

Nadere ontleding van Figuur 6.7 toon dat daar vyf uitstaande leerbehoeftes wat deur die respondente, geïdentifiseer is, naamlik *dwelmtaal en subkulture* 11 (52%); *benutting van tegniek in die behandelingsproses* 11 (52%); *benutting en aanwending van beginsels in die behandelingsproses* 11 (52%); *hantering van terugvalle* 16 (76%) en *toepassing van verskillende benaderings* 13 (62%). Die meerderheid van die respondente het verder die oorblywende leerbehoeftes in elk van hul keuses as *hoog (8-10)* geïdentifiseer.

Dit is insiggewend dat al die metings van die verskillende leerbehoeftes deur die meerderheid respondente as *hoog (8-10)* aangedui is. Dit dui op 'n beduidende behoefte by maatskaplike werkers aan meer kennis in die hantering van die dwelmgebruiker. Hierdie bevindinge sluit aan by Baldwin (1991), Du Toit (1988) en Leckie (1990) se menings dat maatskaplike werkers oor beperkte kennis insake die hantering van die dwelmgebruiker beskik, en dat daar 'n leemte in die literatuur bestaan oor die hantering van die afhanklike (Van der Walt & Van der Westhuizen 1990).

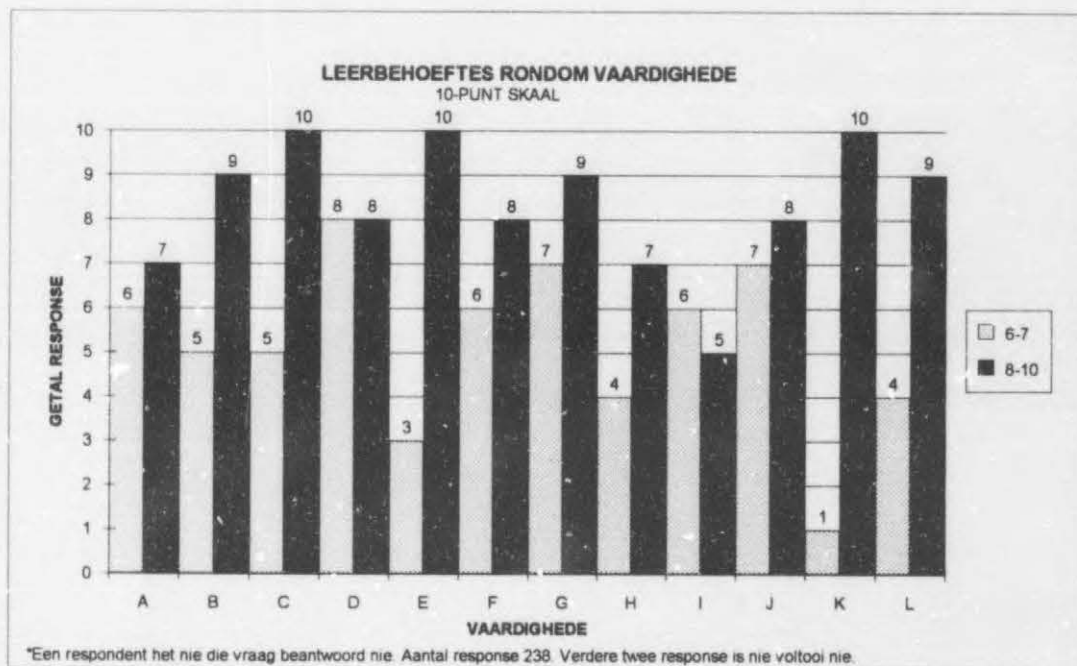
### 6.5.2 Vaardighede

Die spesifisering van leerbehoeftes insake vaardighede, was oorwegend *bo-gemiddeld (6-7)* en *hoog (9-10)*. Die leerbehoeftes wat oorwegend as *hoog (8-10)* geïdentifiseer is, sluit in die *motivering van die kliënt*, tien (47%); *assessering*, tien (47%) en *groepwerk*, tien (47%), in. 'n Uiteensetting van die maatskaplike werkers se leerbehoeftes insake vaardighede, word in Figuur 6.8 uiteengesit.

Verdere leerbehoeftes wat in die *kategorie 8-10*, onderskeidelik deur 9 (42,5 %) respondente in elk van die volgende vaardighede geïdentifiseer is, behels: *benutting van konfrontasie*, *die ontwerp van 'n hulpverleningsprogram* en *terminering*.

Na aanleiding van die uiteensetting van maatskaplike werkers se leerbehoeftes ten opsigte van vaardighede, volgens Figuur 6.8, kan die volgende afgelei word: die meerderheid respondente se leerbehoeftes wat in die kategorieë *bo-gemiddeld* en *hoog* voorkom, behels kennisuitbreiding, konfrontasie, motivering van die kliënt, aanleer van lewensvaardighede, assessering, identifisering van die probleem, ontwerp van 'n hulpverleningsprogram en individuele beraad. Dit blyk dus dat die maatskaplike werkers oor beperkte kennis, sowel as vertroue in hul bestaande vaardighede, beskik, wat deur Leckie (1990:49) ondersteun word. Hierdie skrywer verduidelik dat aangesien die maatskaplike werker van mening is dat sy oor beperkte kennis in die hantering van die dwelmgebruiker beskik, onseker is oor haar vaardighede, lei dit tot angstigheid omtrent haar roltoereikendheid. Dit sal noodwendig die aard en kwaliteit van hulpverlening belemmer, wat verreikende gevolge vir die dwelmgebruiker inhou.





**FIGUUR 6.8: LEERBEHOEFTE RONDOM VAARDIGHEDE**

Die leerbehoefte word soos volg aangedui:

- A. Kennisuitbreiding by die klient oor die effek van dwelms
- B. Benutting van konfrontasie
- C. Motivering van die klient
- D. Aanleer van lewensvaardighede vir die klient
- E. Assessering
- F. Identifisering van probleme
- G. Ontwerp van 'n hulpverleningsprogram
- H. Doelformulering
- I. Kontraktering
- J. Individuele beraad
- K. Groepwerk
- L. Terminering

\* In Figuur 6.8 is net die hoogste twee response, naamlik bo-gemiddeld (6-7) en hoog (8-10) aangedui.

### 6.5.3 Benaderings

Uit 'n ontleding van die vraelyste blyk dit dat die benaderings wat respondente verkies om in die hulpverlening aan die dwelmgebruiker te gebruik, die *psigo-sosiale*- 13 (62%); *gedragsmodifikasie*- 12 (57%), en *taakgesentreerde*- 12

(57%) benaderings insluit. 'n Verdere benadering, naamlik *krisisingryping*, word deur slegs vyf (24%) respondente toegepas.

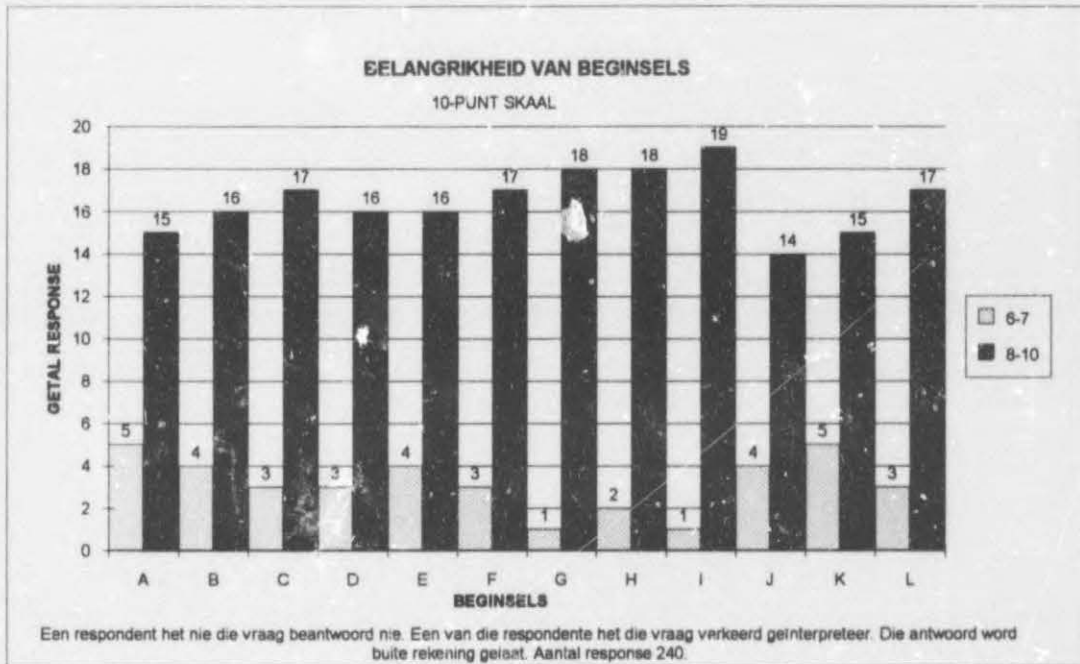
Motiveringsredes vir die benutting van bogenoemde benaderings, fokus op die verandering in die kliënt se gedrag, die feit dat take meetbaar is en dat 'n konkrete wyse van verandering daargestel word. Die psigo-sosiale benadering word benut ten einde verskillende sisteme te betrek om verandering te bewerkstellig.

Dié bevindinge sluit aan by Du Plessis (1987:122) se mening dat 'n eklektiese benadering met insluiting van die behavioristiese en sisteemteoretiese benaderings, asook realiteitsterapie en ander toepaslike benaderings, 'n goeie vertrekpunt vir behandeling is. In teenstelling met Leckie (1990:56), dat krisisingryping, waaroor die maatskaplike werker genoegsame kennis en vaardighede beskik, goed toegepas kan word in hulpverlening aan die dwelmgebruiker, blyk dit dat die gesinsorgwerker dit selde nodig vind om hierdie benadering te gebruik. Dit is in teenstelling met die met die navorser se ervaring in die praktyk, dat krisisingryping met die dwelmgebruiker, gereeld toegepas word.

#### 6.5.4 *Beginsels*

Uit die respondente se reaksies (Figuur 6.9) oor die belangrikheid van die handhawing van verskeie beginsels in die hulpverlening aan die dwelmgebruiker, was dit deurgaans as hoog aangegee (kategorie 8-10). Hieruit kan afgelei word dat die maatskaplike werker van die toepassing van hierdie beginsels bewus is, alhoewel die werker se houding teenoor die dwelmgebruiker en -afhanklikheid in die algemeen moontlik die uitvoering van sommige van hierdie beginsels belemmer. Dit word ondersteun deur Du Toit (1988), wat meen dat, omdat die maatskaplike werker oor beperkte kennis insake hulpverlening aan die dwelmgebruiker beskik, haar houding beïnvloed word. Dit lei tot weerstand wat weer aanvaarding van die dwelmgebruiker sal bemoeilik. Na aanleiding van navorsing deur dieselfde skrywer, blyk dit dat dwelmgebruikers nie altyd empatie by die werker ervaar nie, dat hulle in hulle verhouding met die maatskaplike werker 'n behoefte aan belangstelling, opregtheid en volharding het.





**FIGUUR 6.9: BELANGRIKHEID VAN HANDHAWING VAN BEGINSELS IN HULPVERLENING AAN DIE DWELMGEBRUIKER**

Die uiteensetting van beginsels word soos volg aangedui:

- A. *Onvoorwaardelike aanvaarding*
- B. *Agting vir menswaardigheid*
- C. *Nie-veroordeling*
- D. *Individualisering*
- E. *Selfbeskikking en selfhelp*
- F. *Geloof in die moontlikheid van die mens*
- G. *Ontmoeting op die kliënt se vlak*
- H. *Belangstelling en opregtheid*
- I. *Vertroulikheid*
- J. *Beheerste emosionele betrokkenheid*
- K. *Empatiese meelewing*
- L. *Volharding*

\* In Figuur 6.9 is net die hoogste twee response, naamlik bo-gemiddeld (6-7) en hoog (8-10) aangedui.

### 6.5.5 Waarde van riglyne

In antwoord op die vraag of die maatskaplike werker van mening is dat riglyne waarvolgens die dagga en Mandrax-gebruiker hanteer kan word, waardevol sou wees, was die respons van die meerderheid positief. Twintig (95%) van

die respondente se reaksie was dat riglyne vir die hantering van die dwelmgebruiker 'n leemte sal vul. Een (5%) respondent het nie die vraag beantwoord nie. Redes wat aangevoer is vir die waarde wat geheg word aan riglyne, word opsommend in Tabel 6.8 aangedui.

**TABEL 6.8: MOTIVERINGSREDES VIR DIE WAARDE WAT DAAR AAN RIGLYNE GEHEG WORD**

N = 21

REDES	F	%	N
Hulpverlening aan klient te verbeter	4	23	17
Beskik oor min kennis en vaardighede	10	59	17
Tot einde hulpverleningsprogram op te stel	2	12	17
Riglyne sal vrees en angs verminder	1*	6	17

NOTA: \* Drie respondente het nie hul antwoord motiveer nie. Een respondent het die vraag verkeerde geïnterpreteer. Hierdie antwoorde word buite rekening gelaat.

Na aanleiding van Tabel 6.8 is dit duidelik dat die respondente van mening is dat hulpverlening soos dit tans beoefen word nie voldoende is nie, aangesien hul oor min kennis en vaardighede beskik; hul onseker is en gevoelens van angs en vrees ervaar. Dit dui daarop dat hierdie teoretiese fundering ten opsigte van maatskaplike werkers se houdings, gevoelens asook die beperkte kennis en vaardighede in die hantering van die dwelmgebruiker, onsekerheid ten opsigte van hulpverlening tot gevolg het, wat uit min kennis spruit, en deur Baldwin (1990), Baldwin (1990), Du Toit (1988), Leckie (1990), Miller (1989) en Miller & Rollnick (1991), ondersteun word.

## 6.6 SAMEVATTING

In hierdie hoofstuk is daar op die empiriese gedeelte van die navorsing gefokus. Eerstens is daar aandag geskenk aan die maatskaplike werkers se identifiserende besonderhede ten einde 'n profiel van die respondente se ondervinding en verdere opleiding op te stel. Tweedens is daar op die voorkoms van dwelmmisbruik en -afhanklikheid gefokus. Ten einde die respondent se leerbehoefes te identifiseer is daar derdens na die maatskaplike werker se houding, motivering en hulpverlening insake kennis en vaardighede, gekyk.

Uit die bevindinge blyk dit dus dat die maatskaplike werker 'n groot behoefte aan riglyne vir die hantering van die dwelmgebruiker, het. In die volgende hoofstuk word die bevindinge en gevolgtrekkings van hierdie ondersoek, asook die feite uit die literatuurstudie, oorweeg. Na aanleiding hiervan word die aanbevelings gedoen.



## HOOFSTUK 7

### GEVOLGTREKKINGS EN AANBEVELINGS

#### 7.1 INLEIDING

Die doel van die studie was om die maatskaplike werker se kennis insake dwelmmiddels en die hantering van die dwelmgebruiker uit te brei. Die literatuurstudie dien dus as riglyne vir die maatskaplike werker in die hantering van die dagga en Mandrax-gebruiker. Na aanleiding van die literatuur en die opname wat onder maatskaplike werkers gedoen is oor hul leerbehoefes ten opsigte van kennis en vaardighede in die hantering van die dwelmgebruiker, is gevolgtrekkings gemaak wat as grondslag vir die aanbeveling dien.

#### 7.2 GEVOLTTREKKINGS

##### 7.2.1 Voorgraadse opleiding, verdere opleiding en literatuur

Alhoewel maatskaplike werkers **voorgraadse opleiding** ten opsigte van die hantering van probleme en behoeftes rakende alkohol- en/of dwelmafhanglikheid ontvang het, word dit as onvoldoende ervaar in die hantering van die dwelmgebruiker. Dit hou ernstige implikasies in vir nie slegs die klient met die dwelmprobleem nie maar ook vir die maatskaplike werker se dienslewering.

Dit is duidelik dat alhoewel die meerderheid maatskaplike werkers wel **verdere opleiding** in afhanklikheid ontvang, bestaan daar nog steeds 'n groot behoefte aan kennis en vaardighede. Die gevolgtrekking, dat verdere opleiding dus nie effektief was, in die uitbreiding van kennis en ontwikkeling van die maatskaplike werkers se vaardighede kan gemaak word.

Maatskaplike werkers probeer wel hul kennis uitbrei deur die **bestudering van literatuur** en om sodoende ook hul vaardighede te ontwikkel. Die tipe literatuur wat bestudeer word, behels hoofsaaklik inligtingstukke, pamflette asook vaktydskrif- en tydskrifartikels. Dit is egter slegs die minderheid wat meer wetenskaplike en spesifieke literatuur oor dwelmafhanglikheid bestudeer.

##### 7.2.2 Hulpbronne, voorkoms van dwelmgebruik en hulpverlening binne die organisasie

Op die platteland is **hulpbronne** soos rehabilitasiesentrums en professionele persone wat spesialiseer in afhanklikheid, wat in die hulpverlening van die dwelmafhanglike benut kan word, uiters beperk. Dit is juis ook die bedieningsarea van die meerderheid maatskaplike werkers en hulle is dus geografies ver van die nodige hulpbronne. In aansluiting met die vorige gevolgtrekkings (naamlik onvoldoende voorgraadse opleiding, oneffektiewe verdere

opleiding en die tipe literatuur wat bestudeer word) word dienslewering aan die dwelmgebruiker nog verder negatief beïnvloed deur die gebrek aan hulpbronne.

Die voorkoms van dwelmgebruikers in maatskaplike werkers se gevalleladings binne die gesinsorgorganisasies blyk minimaal te wees. Die gevolgtrekking kan gemaak word dat 'n dwelmprobleem nie altyd geïdentifiseer word nie, weens die feit dat die maatskaplike werker nie oor genoegsame kennis beskik nie. 'n Verdere gevolgtrekking na aanleiding van die beperkte aantal dwelmprobleme in die gevalleladings, is dat die maatskaplike werkers weerstand het in die hantering van dwelmprobleme, wat gevolglik hul houding en eie gevoelens oor afhanklikheid negatief beïnvloed. Hierdie weerstand is moontlik weens die gebrek aan kennis en vaardighede om die dwelmgebruiker te hanteer.

Die meerderheid maatskaplike werkers is nie van mening dat hulpverlening aan die dwelmgebruiker binne die organisasie kan realiseer nie, weens beperkte kennis en vaardighede. Dit sluit aan by die tendens dat die meerderheid maatskaplike werkers die kliënt na beskikbare hulpbronne verwys en nie die probleem binne die organisasie en/of binne die gemeenskap hanteer nie. Die navorser is van mening dat die gesinsorgwerker wel 'n baie belangrike rol kan speel binne die organisasie ten opsigte van die dwelmgebruiker.

### 7.2.3 Maatskaplike werkers se houding en gevoelens

Die maatskaplike werkers ervaar tot 'n groot mate empatie met die dwelmgebruiker. Verder is die maatskaplike werkers ook baie gemotiveerd en behulpzaam ten opsigte van hulpverlening aan die dwelmgebruiker. Terselfdertyd word gevoelens van ambivalensie, onsekerheid, magteloosheid en gelatenheid ervaar, moontlik as gevolg van gebrekkige kennis en hulpbronne.

Die dwelmgebruiker word meestal beskou as 'n ongemotiveerde persoon, maar tog ook as 'n persoon wat 'n maatskaplike probleem het en gehelp kan word. In die lig hiervan is maatskaplike werkers se motivering om hulp te verleen aan die dwelmgebruiker hoog. Wat egter hierdie gevolgtrekking beïnvloed, is dat die motivering van maatskaplike werkers voorwaardelik blyk te wees. Indien die dwelmgebruiker bereid is om hulp te ontvang, saam te werk en ook gemotiveerd is, is maatskaplike werkers se motivering ook hoog. Na aanleiding van die maatskaplike werker se eie motivering kan afgelei word dat maatskaplike werkers nie oor genoegsame kennis en vaardighede beskik, insake die motiveringsproses van die dwelmgebruiker nie.

### 7.2.4 Assessering en benutting van die DSM III-R

Kennis van en vaardigheid in assessering is 'n groot leerbehoefte wat by maatskaplike werkers bestaan. Dit is duidelik dat die DSM III-R se kriteria vir dwelmmisbruik en -afhanklikheid nie benut word nie en dat maatskaplike werkers oor beperkte kennis en vaardighede beskik om die DSM III-R met sukses toe te pas.



### 7.2.5 Leerbehoefte omtrent kennis en vaardighede

Soos reeds vermeld, bestaan daar 'n groot behoefte aan kennis by die maatskaplike werkers oor die hantering van die dwelmgebruiker. Maatskaplike werkers het beperkte kennis rakende alle geïdentifiseerde aspekte van dwelmafhanklikheid, soos in die vraelys uiteengesit. Die behoeftes wat uitstaan is: kennis oor dwelmtaal en subkulture; benutting van tegnieke in die behandelingsproses; benutting en aanwending van beginsels in die behandelingsproses; hantering van terugvalle en die toepassing van verskillende benaderings.

In aansluiting met bogenoemde gevolgtrekking ervaar maatskaplike werkers net so 'n groot behoefte aan vaardighede in hulpverlening. Maatskaplike werkers benodig meer effektiewe opleiding in al die geïdentifiserende vaardighede, soos in die vraelys uiteengesit. Spesifieke behoeftes wat uitgelig kan word, is die motivering van die klient, assessering en groepwerk.

### 7.2.6 Waarde van riglyne vir die maatskaplike werker

Maatskaplike werkers sal die riglyne van hierdie navorsingsverslag waardevol kan benut. Na aanleiding hiervan kan die gevolgtrekking gemaak word, dat hierdie studie geslaagd was in die beplande doel, naamlik om die maatskaplike werker se kennis uit te brei insake die hantering van die dwelmgebruiker.

## 7.3 AANBEVELINGS

In die lig van die gevolgtrekkings word die volgende aanbevelings gemaak:

### 7.3.1 Opleiding, literatuur en hulpbronne

Dit word aanbeveel dat maatskaplike werkers wat spesialiseer in afhanklikheid en by praktykopleiding van studente betrokke is, die korrekte houding en begrip teenoor die dwelmafhanklike aanwakker, en dat studente in hul opleiding doelbewus blootgestel word aan die hantering van die dwelmafhanklike.

Voorts word aanbeveel dat welsynsorganisasies die voortgesette opleiding van maatskaplike werkers in die praktyk sal koördineer, ten einde die standaard van opleiding te verhoog en fragmentasie te verhoed; dat opleiding die vorm van werkwinkels en kleiner groepe sal aanneem, waar gevallebesprekings benut word.

Die wesenlike probleem, naamlik dat hulpbronne op die platteland beperk is, maak die bestudering van gerigte en wetenskaplike literatuur noodsaaklik. Met betrekking tot die bestudering van literatuur word aanbeveel dat welsynsorganisasies of die maatskaplike werker self intekna op vaktydskrifte wat hierdie probleem aanspreek en dat toepaslike literatuur aangekoop word. Ook word aanbeveel dat organisasies en maatskaplike werkers wat wel in hierdie diensveld spesialiseer, op 'n meer gereelde grondslag vakliteratuur sal ontwikkel en versprei, ten einde dienslewering aan die dwelmgebruiker deur die maatskaplike werker wat nie spesialiseer nie, te verhoog.

Maatskaplike werkers moet verder kontak met gespesialiseerde bronne opbou, ten einde hierdie bronne vir konsultasie te kan benut.

### **7.3.2 Hulpverlening binne die organisasie**

Gesinsorgorganisasies moet die potensiaal van maatskaplike werkers om hulpverlening aan die dwelmgebruiker te bied, ontwikkel en ook aandag skenk aan struikelblokke wat die maatskaplike werker daarvan weerhou om effektiewe hulp aan die dwelmgebruiker te verleen. Verder moet maatskaplike werkers aangemoedig word om hulp aan die dwelmgebruiker, binne die organisasie te verleen.

### **7.3.3 Benutting van riglyne**

Dit word aanbeveel dat maatskaplike werkers die riglyne in hierdie navorsingsverslag sal gebruik vir hulpverlening aan die dwelmgebruiker.

### **7.3.4 Verdere navorsing**

Verdere navorsing oor die dwelmgebruiker, dwelmsubkulture en hulpverlening aan die dwelmgebruiker deur die maatskaplike werker, in Suid-Afrika, ten einde effektiewe hulpverlening te verhoog, word aanbeveel.



## BIBLIOGRAFIE

- Alaszewski, A. en Harrison, L. 1992. Alcohol and Social Work: A Literature Review\*. British Journal of Social Work 22(3): 331-343
- Ames, F.R. 1983. Cannabis Sativa (dagga) - bedwelming by die mens en die bobbejaan (papio ursinus). IN: Verslag oor die Suid-Afrikaanse Konferensie oor Dagga.
- Andreasen, N.C. en Black, D.W. 1991. Introductory Textbook of Psychiatry. Washington, DC: American Psychiatric Press, Inc.
- Annis, H.M. en Davis, C.S. 1989. Relapse Prevention. IN: Hester, R.K. en Miller, W.R. (Ed). Handbook of Alcoholism Treatment Approaches. New York: Pergamon Press, Inc.
- Arkava, M.I. en Lane, T.A. 1983. Beginning Social Work Research. Massachusetts: Allyn and Bacon, Inc.
- Baldwin, S. 1990. Helping problem drinkers - some new developments. IN: Collins, S. (Ed.) Alcohol, social work, and helping. London: Routledge.
- Baldwin, S. 1991. Helping the unsure. IN: Davidson, R., Rollnick, S. en MacEwan, I. Counselling problem drinkers. London: Routledge.
- Barnard, I. 1990. Jaarverslag. Noordelike Areas Dwelmaksie-Groep (NADAG). Goodwood.
- Barnard, I. 1991. Jaarverslag. Noordelike Areas Dwelmaksie-Groep (NADAG). Goodwood.
- Barnard, I. 1992. Jaarverslag. Noordelike Areas Dwelmaksie-Groep (NADAG). Goodwood.
- Barrie, K. 1990. Helping in groups. IN: Collins, S. Alcohol, social work, and helping. London: Routledge.
- Barrie, K. 1991. Motivational counselling in groups. IN: Davidson R., Rollnick, S. en MacEwan, I. Counselling problem drinkers. London: Routledge.
- Belsten, H. 1988. Die motivering van die alkoholis. Rehabilitasie in SA 32(3):88 - 91.
- Bennett, G. (Ed.) 1990. Treating Drug Abusers. New York: Routledge.
- Bloomquist, E.R. 1969. Marijuana. London: Glencoe Press.

- Blum, K. en Noble, E.P. 1991. Genes, Messengers, and Addictive Behavior. Addiction & Recovery 11(6):6 - 7.
- Bornstein, R.F. 1992. The Dependent Personality: Developmental, Social, and Clinical Perspectives. Psychological Bulletin 112(1): 3 - 23.
- Botha, D. 1990. Gedragsverandering deur middel van Maatskaplike Groepwerk. Maatskaplike Werk/Social Work 26(1): 4 - 9.
- Botha, E.M. en Le Roux, P.J. du P. 1981. Daggagebruik in die Kaapse Skiereiland. Universiteit van Wes-Kaapland. Bellville: Instituut vir Sosiale Ontwikkeling.
- Bouwer, C. 1984. Drug Addiction. Supplement to Christian Living Today May/June 1984.
- Brammer, L.M. 1985. Third Edition. The helping relationship. Process and Skills. New Jersey: Prentice-Hall, Inc.
- Brenner, J.H., Coles, R. en Meagher, D. 1970. Drugs & Youth (Medical, Psychiatric and Legal Facts). New York: Liveright.
- CANNABIS USE REPORT. 1981. REPORT OF AN ARF/WHO SCIENTIFIC MEETING ON ADVERSE HEALTH AND BEHAVIORAL CONSEQUENCES OF CANNABIS USE. Toronto, Ontario.
- Carroll, M. en Gallo, G. 1988. Methaqualone. The Quest for Oblivion. The Encyclopedia of psychoactive drugs. London: Burke Publishing Company Limited.
- Chaney, E.F. 1989. Social Skills Training. IN: Hester, R.K. en Miller, W.R. (Ed). Handbook of Alcoholism Treatment Approaches. New York: Pergamon Press, Inc.
- Cohen, M. 1985. Marijuana. Its Effects on Mind & Body. The Encyclopedia of psychoactive drugs. London: Burke Publishing Company Limited.
- Compton, B. en Galaway, B. 1990. Third Edition. Social Work Process. Homewood, Illinois: The Dorsey Press.
- Coulshed, V. 1991. Second Edition. Social Work Practice. An Introduction. London: Macmillan Education Ltd.
- Copeland J. en Hall, W. 1992. A comparison of predictors of treatment drop-out of women seeking drug and alcohol treatment in a specialist women's and traditional mixed-sex treatment services. British Journal of Addiction 87: 883-890.
- Cox, W.M., Klinger, E. en Blount, J.P. 1991. Alcohol Use and goal Hierarchies: Systematic Motivational for Alcoholics. IN: Miller W.R., en Rollnick, S. Motivational Interviewing. New York: The Guilford Press.



- Davidson, R. 1991. Facilitating change in problem drinkers. IN: Davidson, R., Rollnick, S. en MacEwan, I. Counselling problem drinkers. London: Routledge.
- Davidson, R., Rollnick, S. en MacEwan, I. 1991. Counselling problem drinkers. London: Routledge.
- De Miranda, S. 1987. Dwelms en dwelmmisbruik in Suider-Afrika. Pretoria: J.L. van Schaik.
- Denzin, N.K. 1987. The Recovering Alcoholic. California: Sage Publications.
- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. (Third edition - Revised). 1987. The American Psychiatric Association. Washington DC: American Psychiatric Association. (DSM III-R).
- DRUG ABUSE - General Information. 1990. Lentegeur Hospital, Drug Unit (Ward 4). Mitchell's Plain, Cape Town.
- Drug of Abuse Digest. 1990. Sixth Edition. (A prevention guide for family, school & workplace). Florida: Institute for Substance Abuse Research (ISAR).
- Du Plessis, A. 1986. 'n Verkenningstudie ten opsigte van die kennis, vaardigheid en houdings, teenoor alkohol en alkohol-verwante probleme van junior maatskaplike werker. Ongepubliseerde M.A.- verhandeling, Universiteit van Stellenbosch, Stellenbosch.
- Du Toit, A.S. 1988. Behandeling van Dwelmverslaaves. Maatskaplike Werk/Social Work 24(4): 252 - 259.
- Du Toit, B.M. 1980. Cannabis In Africa. Rotterdam: A.A. Balkema.
- Egan, G. 1990. Fourth Edition. The Skilled Helper. A Systematic Approach to Effective Helping. California: Brooks/Cole Publishing Company.
- Ellis, A. et al. 1988. Rational-Emotive Therapy with Alcoholics and Substance Abusers. Psychology Practitioner guidebooks. New York: Pergamon Press.
- Emsley, R. 1991. Clinical Aspects of Alcohol Abuse and Dependence. Psychiatry in Practice/Psigiatrie in Praktijk. Uitgawe deur lede van die Universiteit Stellenbosch: Departement van Psigiatrie.
- Frances, R.J., Galanter, M. en Miller, S.I. 1989. Psychosocial Approaches to Treatment and Rehabilitation. IN: Tasman, A., Hales, R.E. en Frances, A.J. Review of Psychiatry. Volume 8. Washington, DC: American Psychiatric Press, Inc.

- Gold, M.S. 1989. Marijuana. Drugs of Abuse. A Comprehensive Series for Clinicians. Volume 1. New York: Plenum Publishing Corporation.
- Golden, L. en Schwartz Klein, M. 1987. Treatment as a Habilitative Process in Adolescent development and Chemical Dependency. Alcoholism Treatment Quarterly 4(4): 35 - 41.
- Goode, E. 1970. The Marijuana Smokers. New York: Basic Books, Inc., Publishers.
- Goodyear, B. 1989. Unresolved Question About Alcoholism: The Debate (War?) Goes On - Is a Resolution Possible? Alcoholism Treatment Quarterly 6(2): 1 - 25.
- Grinnell, R.M. 1988. Third Edition. Social Work Research and Evaluation. Illinois: F.E. Peacock Publishers, Inc.
- Grobbelaar, J.A. 1972. Dwelinnmiddels. Vyand Nr 1. Pretoria: J.P. van der Walt en Seun (Edms.) Bpk.
- Hamlin, M. en Hammersley, D. 1990. Managing benzodiazepine withdrawal. IN: Bennett, G. Treating Drug Abusers. London: Routledge.
- Hammond, D.C., Hepworth, D.H. en Smith, V.G. 1977. Improving Therapeutic Communication. London: Jossey Bass
- Hawkins, J.D., Catalano, R.F. en Miller, J.Y. 1992. Risk and Protective factors for Alcohol and other Drug Problems in Adolescence and Early Adulthood: Implications for Substance Abuse Prevention. Psychological Bulletin 112(1): 64 - 105.
- Hawkins, J.D., Catalano, R.F. en Wells, E.A. 1986. Measuring Effects of a Skills Training intervention for drug Abusers. Journal of Consulting and Clinical Psychology 54(5):661 - 664.
- Heather, N. en Robertson, I. 1989. Second Edition. Problem Drinking. New York: Oxford University Press.
- Hepworth, D.H. en Larsen, J.A. 1982. Direct Social Work Practice. Illinois:Dorsey Press.
- Hester, R.K. en Miller W.R. (Ed). 1989. Handbook of Alcoholism Treatment Approaches. Effective Alternatives. New York: Pergamon Press, Inc.
- Hughes, T.L. 1989. Models and Perspectives of Addiction Implications for Treatment. The Nursing Clinics of North America 24(1): 1 - 12.
- Jaffe, J., Petersen, R. en Hodgson, R. 1980. Addictions - issues and answers. South Africa: Juta & Co Ltd.



- James, M.R. en Townsley, R.K. 1989. Activity Therapy Services and Chemical Dependency Rehabilitation. Journal of Alcohol and Drug Education 34(?): 48 - 53.
- Joubert, H.F. 1988. Voorkoming van terugval by alkoholiste. Rehabilitasie in SA 32(3): 79 - 82.
- Joubert, H.F. 1990. Assessering In Alkoholisme. Die Maatskaplikewerk-Navorsing-Praktisyn 2(5): 8 - 13.
- Joubert, H.F. en Langley, M.J. 1986. Die terugvalproses by alkoholisme: 'n Analise. Rehabilitasie in SA 30(4):85 - 88.
- Joubert, H.F. en Langley, M.J. 1990. The Relapse Process of Alcoholism. Maatskaplike Werk/Social Work 26(2):169 - 173.
- Julien, R.M. 1978. A Primer of Drug Action. Second Edition. San Francisco: W.H. Freeman and Company.
- Kadushin, A. 1990. The Social Work Interview. Third Edition. New York: Columbia University Press.
- Karassellos, C. 1990. Statistics. Cape Town Drug Counselling Centre. Observatory.
- Karassellos, C. 1991. Statistics. Cape Town Drug Counselling Centre. Observatory.
- Karassellos, C. 1992. Statistics. Cape Town Drug Counselling Centre. Observatory.
- Kaplan, H. I. en Sack, B.J. 1991. Sixth Edition (Revised) Synopsis of Psychiatry. Behavioral Sciences Clinical Psychiatry. Baltimore: Williams & Wilkins.
- Kent, R. 1990. Focusing on women. IN: Collins, S. Alcohol, social work, and helping. London: Routledge.
- King, G. en Lorenson, J. 1989. Alcoholism Training for social Workers. Social casework: The Journal of Contemporary Social Work 70(6):375-382.
- Kitcning, D. en Rossouw, J. 1990. Dwelms. Oorwinning is moontlik. Kaapstad: Human & Rousseau (Edms) Bpk.
- Krippenstapel, P. 1987. A Fresh Look at Relapse. Alcoholism Treatment Quarterly 4(4):1 - 41.
- Langley, M.J. 1985. A Relapse Prevention Programme for Alcoholics. Clinical (Group Therapy Manual). Universiteit van Suid-Afrika.
- Leckie, T. 1990. Social work and alcohol. IN: Collins, S. (Ed). Alcohol, social work, and helping. London: Routledge.

- Levine, B. en Gollogly V. 1985. Group Therapy with Alcoholics. Outpatient and Inpatient Approaches. California: Sage publications.
- Lewis, J.A., Dana R.Q. en Blevins, G.A. 1988. Substance Abuse Counseling - an individualized approach. California: brooks/Cole Publishing company.
- Liska, K. 1981. Drugs and the Human Body (with implications for society). New York: Macmillian Publishing Co., Inc.
- Lloyd-Hughes, A. 1991. Dwelms. Servamus: Oktober 1991:25 - 29.
- Loedolff, D. en Louw, D.A. 1973. Dwelmmiddels: Wat, hoe en waarom? Johannesburg: McGraw-Hill.
- Logan, S.L., McRoy, R.C. en Freeman, E.M. 1987. Health and Social Work. A Quarterly Journal of the National Association of Social Workers 12(2):178 - 186.
- Looney, M. en Metcalf, S. 1974. The "Fatigue Factor" in Drug Addiction: Insufficient Motivation for Treatment. Hospital & Community Psychiatry 25(8):528 - 529.
- Louw, D.A. (Ed.) 1989. Suid-Afrikaanse Handboek van Abnormale Gedrag. Johannesburg: Southern Boekuitgewers.
- Mandrax, a guide to parents and family. 1986. Compiled and produced by the SA National Council on Alcoholism and Drug Dependence (SANCA). Cape Town.
- Madden, J.S. 1979. A Guide to Alcohol en Drug Dependence. Bristol: John Wright & Sons Limited.
- Marlatt, G.A. en Gordon, J.R. 1987. Relapse Prevention. New York: The Guilford Press.
- Mathers, D.C. et al. 1991. Cannabis use in a large sample of acute psychiatric admissions. British Journal of Addiction 86:779-784
- McKendrick, B.W. 1987. (Ed). Introduction to Social Work in South Africa. Pinetown: Owen Bruggess Publishers.
- Means, D. en Thorne, B. 1990. Person-Centred counselling in Action. London: SAGE Publications.
- Meyer, R.E. en Babor, T.F. 1989. Explanatory Models of Alcoholism. IN: Tasman, A, Hales, R.E. en Frances, A.J. Review of Psychiatry. Volume 8. Washington, DC: American Psychiatric Press, Inc.



- Middleton, T. 1991. The Alcoholic Personality. Psychiatry in practice/Psigiatrie in die praktyk. Uitgawe deur lede van die Universiteit van Stellenbosch: Departement van Psigiatrie.
- Miller, W.R. 1989. Increasing Motivation for Change. (p.67-80). Matching Individuals with Interventions (p. 261-271). IN: Hester, R.K. en Miller W.R. (Ed). Handbook of Alcoholism Treatment Approaches. New York: Pergamon Press, Inc.
- Miller, W.R. en Hester, P.K. 1989. Treating Alcohol Problems: Toward an Informed Eclecticism IN: Hester, R.K. en Miller, W.R. (Ed). Handbook of Alcoholism Treatment Approaches. New York: Pergamon Press, Inc.
- Miller, W.R. en Rollnick, S. 1991. Motivational Interviewing. New York: The Guilford Press.
- Milkman, H. 1991. Remedies for alcoholism and substance abuse; an overview. Drug and Alcohol Review 10(1):63-74
- Mitchell, A.R.K. 1972. Drugs: The Parent Dilemma. London: Priory Press Limited.
- Mouton, J. (Ed). 1989. Metodologie van die geesteswetenskappe: Basiese begrippe. Pretoria: Raad vir Geesteswetenskaplike Navorsing
- Moffett, A.D., Bruce, J.D. en Horvitz, D. 1983. New Ways of Treating Addicts. IN: Terner, J.I. (Ed). Third Edition. Differential Diagnosis and Treatment in Social Work. New York: The Free Press.
- Morgenstern, J. en McCrady, D.S. 1992. Curative factors in alcohol and drug treatment: behavioral and diseases model perspectives. British Journal of Addiction 87(4):901-912
- Nirenberg, T.D. en Maisto, S.A. (Ed). 1987. Developments in the Assessment and Treatment of Addictive Behaviors. New Jersey: Ablex Publishing Corporation.
- Offermeier, J. en Meyer, D.L. 1983. Die psigo-aktiewe sterktes van verskillende daggamonsters in Suider-Afrika. IN: Verslag oor die Suid-Afrikaanse Konferensie oor Dagga.
- Glun, B.F. 1992. Fourth Edition. Effective Helping. Interviewing and Counseling Techniques. California: Brooks/Cole Publishing Company
- Peele, S. 1987. What can We expect from Treatment of Adolescent Drug and Alcohol Abuse? Pediatrician 14:62 - 69.

- Philip, A.E., McCulloch, J.W. en Smith, N.J. 1975. Social Work research and the Analysis of Social Data. Oxford: Pergamon Press.
- Pincus, A. en Minahan, A. 1973. Social Work Practice: Model and Method. Tascia, Illinois: F.E. Peacock Publishers, Inc.
- Polansky, N.A. 1975. Social Work Research. Methods for the Helping Professions. Chicago: The University of Chicago Press.
- Psigologie-Woordeboek. 1987. (Tweede Uitgawe). Plug C. et al. Johannesburg: McGraw-Hill Boekmaatskappy.
- Ray, O. 1983. Third Edition. Drugs, Society and Human Behavior. Toronto: The C.V. Mosby Compy.
- Raistrick, D. 1991. Helping those who want to change. IN: Davidson R., Rollnick, S. en MacEwan I. Counselling problem drinkers. London: Routledge.
- Raistrick, D. en Davidson, R. 1985. Current reviews in Psychiatry. Vol. 2: Alcoholism and Drug Addiction. London: Churchill Livingstone.
- Rivinus, T. 1988. Alcoholism/Chemical Dependency and the College Student. New York: The Haworth Press.
- Rogers, C.A. 1990. A Study and Evaluation of Client Dropout at a Drug Counselling Centre in Cape Town. Master Thesis at University of Cape Town.
- Rogers, R.L. en McMillin, C.S. 1989. Freeing Someone You Love from Alcohol and other drugs. California: The Body Press, Price Stern, Sloan Inc.
- Rollnick, S. en Bell, A. 1991. Brief Motivational Interviewing for Use by the Nonspecialist. IN: Miller, W.R. en Rollnick, S. Motivational Interviewing. New York: The Guilford Press.
- Rose-Colley, M. en Cinelli, B. 1992. Relapse Prevention Model of Behavioral Maintenance: Implications for Alcohol Education. Journal of Alcohol and Drug Education 37(3):85 - 96.
- Sator, R. en De Miranda, S. 1991. Rehabilitation of the young drug dependent. Rehabilitasie in SA 35(3):58 - 65.
- Saunders, B. en Allsop, S. 1987. Relapse: a psychological perspective. British Journal of Addiction 82(4):417-429
- Saunders, B. en Allsop, S. 1991. Helping those who want to change. IN: Davidson R., Rollnick, S. en MacEwan, I. Counselling problem drinkers. London: Routledge.



- Searl, A. 1989. Dit gebeur nie met my nie.... Kaapstad: Struik Uitgewers.
- Schankula, H.J. 1983. Dagga: Feite en fiksie. IN: Verslag oor die Suid-Afrikaanse Konferensie oor Dagga.
- Schuckit, M.A. 1985. Second Edition. Drug and Alcohol Abuse. A Clinical Guide to Diagnosis and Treatment. New York: Plenum Press.
- Scott, M. 1989. Relapse prevention training. IN: Bennett, G. Treating Drug Abusers. London: Routledge.
- Silberman, M. 1967. Aspects of drug Addiction. London: Published by the Royal London Prisoners' Aid Society.
- Stockley, D. 1986. Drug Warning. An illustrated guide for parents & teachers. London: Macdonald & Co. (Publishers) Ltd.
- Sullivan, W.P., Wolk, J.L. en Hartman, D.J. 1992. Case Management in Alcohol and Drug Treatment: Improving Client outcomes. Families in Society: The Journal of Contemporary Human services. 73(4):195 - 201.
- Swinson, R.P. en Eaves, D. 1978. Alcoholism and Addiction. Plymouth: Macdonal & Evans Ltd.
- Tober, G. 1989. Changing conceptions of the nature of drug abuse. IN: Bennett, G. (Ed). Treating Drug Abusers. London: Routledge.
- Tober, G. 1991. Helping the pre-contemplator. IN: Davidson, R., Rollnick, S. en MacEwan, J. Counselling problem drinkers. London: Routledge.
- Tunving, K. 1987. Psychiatric Aspects of Cannabis Use in Adolescents and Young Adults. Pediatrician 14:83 - 91
- Van Bilsen, H. en Van Emst, A. 1989. Motivating heroin users for change. IN: Bennett, G. (Ed). Treating Drug Abusers. London: Routledge.
- Van Bilsen, H. 1991. Motivational Interviewing: Perspectives from the Netherlands, with Particular Emphasis on Heroin-Dependent Clients. IN: Miller, R. en Rollnick, S. Motivational Interviewing. New York: The Guilford Press.
- Van der Walt, G.E. en Van der Westhuizen, C.H.J. 1990. Die Gebruik van Konstruktiewe Konfrontasie met die Alkoholafhanklike Pasiënt. Maatskaplike Werk/Social Work 26(4):304-315.
- Van der Westhuizen, J. en Fourie, J. 1988. Wheels of Misfortune. Alcohol and Drug Abuse. Durban: Butterworth Publishers.

Van Rooyen, I.J.J. en Combrink, M.J. 1980. Gevallewerk. 'n Integreerende Benadering. Kaapstad: Butterworths & R-Academica.

Van Wormer, K. 1987. Social Work and Alcoholism Counselling. Social casework: The Journal of Contemporary Social Work 67(7):426-432.

Wallace, J. 1989. A Biopsychosocial Model of Alcoholism. Social Casework: The Journal of Contemporary Social Work 70(6):324-332.

Wasserman, H.P. 1983. Vierdie Uitgawe. Inleiding tot die Interne Geneeskunde. Stellenbosch: Universiteit-Uitgewers en Boekhandelaars (Edms) Bpk.

Westermeyer, M.D. 1976. A Primer on Chemical Dependency. A Clinical guide to alcohol and drug problems. Baltimore: The Williams & Wilkins Company.

Wet op Dwelmmiddels en Dwelmsmokkelary. 1992. Wet No. 140, 1992. Vol 325. No. 14143. Kaapstad: Staatskoerant.

The white trail that leads to "Die Kas". Weekly Mail, 15 to 21 November 1991:6 -7

Whittaker, J.K. en Tracy, E.M. 1989. Second Edition. Social Treatment. An introduction to interpersonal helping in social work practice. New York: Aldine de Gruyter.

Willis, J.H. 1974. Drug dependence. A study for Nurses and Social Workers. London: Faber and Faber Limited.

Wilson, G.T. 1987. Cognitive processes in Addiction. British Journal of Addiction 82(4):343-353.

Wolff, E. Leerteoretiese perspektiewe van abnormale gedrag. IN: Louw, D.A. (Ed). Suid-Arikaanse Handboek van Abnormale Gedrag. Johannesburg: Southern Bockuitgewers (Edms) Bpk.

Wood, N. 1990. Admission criteria and 1989 - 1990 Statistics. Lentegeur Hospital In-patient drug Unit: Ward 4.

Zweben, A. et al. 1988. Facilitative strategies for Retaining the Alcohol-Dependent Client in Outpatient Treatment. Alcoholism Treatment Quarterly 5(1/2):3 - 23.



**BYLAE 1 & 2:**

**AANSOEKBRIEF**

Mej Ilse Barnard  
Posbus 693  
GOODWOOD  
7460

Die Direkteur  
C M R  
Posbus 65  
PAROW  
7500

Tel: 021 592-3635 (w)  
02231 900317 (h)

25 September 1992

Vir Aandag: Mev. M. Knoetze

Geagte meneer Roux,

Ek is tans 'n ingeskrewe MA student in Maatskaplike Werk vir die kurses in Geneeskundige Maatskaplike Werk aan die Universiteit van Stellenbosch.

Die navorsingstudie handel oor die hulpverlening aan dagga en mandrax - gebruikers op 'n buite-pasiënte basis. Die doel van die studie is om riglyne daar te stel ten einde hierdie maatskaplike probleem te hanteer. Uit die aard van die studie is maatskaplike werkers se bydraes wat berus op ervaring en ondervinding van hierdie probleem, van essensiële belang.

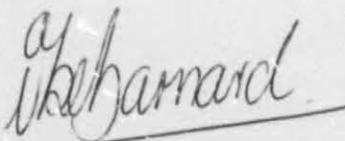
Met die groter toenemende dwelmproebeem onder alle gemeenskappe van die samelewing, sowel as die beperkte hulpverleningsbronne, veral op die platteland, is meer gerigte en doeltreffende hulpverlening aan die dwelmgebruiker noodsaaklik. Die studie fokus daarop om die taak van die maatskaplike werker te vergemaklik, deur riglyne daar te stel om hulpverlening meer effektief te maak.

Graag verneem ek of u toestemming sal verleen dat u personeel by die verskillende takkantore van u organisasie hierdie vraelys sal kan voltooi. Dit sal hoog op prys gestel word indien dit u goedkeuring sou wegdra, want sonder u personeel se bydraers sal die navorsing onmoontlik wees.

Ek sal u voor of op 30 September 1992 skakel, ten einde u besluit te verneem. Telefoniese reëlins sal daarna met die afsonderlike organisasies getref word.

By voorbaat dankie vir u samewerking en ondersteuning.

Die uwe,



ILSE BARNARD (Mej)



Die Direkteur  
Diakonale Dienste  
Privaatsak X 1  
BELHAR  
7507

Mej Ilse Barnard  
Posbus 693  
GOODWOOD  
7460

Tel: 021 592-3635 (w)  
02231 900317 (h)

25 September 1992

Vir Aandag: Dr. S. Pick

Geagte dr. Pick,

Ek is tans 'n ingeskrewe MA student in Maatskaplike Werk vir die kurses in Geneeskundige Maatskaplike Werk aan die Universiteit van Stellenbosch.

Die navorsingstudie handel oor die hulpverlening aan dagga en mandrax-gebruikers op 'n buite-pasiënte basis. Die doel van die studie is om riglyne daar te stel ten einde hierdie maatskaplike probleem te hanteer. Uit die aard van die studie is maatskaplike werkers se bydraes wat berus op ervaring en ondervinding van hierdie probleem, van essensiële belang.

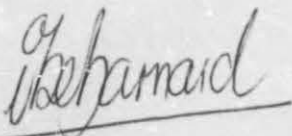
Met die groter toenemende dwelmprobleem onder alle gemeenskappe van die samelewing, sowel as die beperkte hulpverleningsbronne, veral op die platteland, is meer gerigte en doeltreffende hulpverlening aan die dwelmgebruiker noodsaaklik. Die studie fokus daarop om die taak van die maatskaplike werker te vergemaklik, deur riglyne daar te stel om hulpverlening meer effektief te maak.

Graag verneem ek of u toestemming sal verleen dat u personeel by die verskillende takkantore van u organisasie hierdie vraelys sal kan voltooi. Dit sal hoog op prys gestel word indien dit u goedkeuring sou wegdra, want sonder u personeel se bydraers sal die navorsing onmoontlik wees.

Ek sal u voor of op 22 September 1992 skakel, ten einde u besluit te verneem. Telefoniese reëlins sal daarna met die afsonderlike organisasies getref word.

By voorbaat dankie vir u samewerking en ondersteuning.

Die uwe,



ILSE BARNARD (Mej)

**BYLAE 3 & 4:**

**TOESTEMMINGSBRIEF**





# Christelik-Maatskaplike Raad

Kaapse Skiereiland

Sinodale Kommissie vir die  
Diens van Barmhartigheid van  
die Ned. Geref. Kerk in S.A.

Alle korrespondensie  
aan DIREKTEUR

Ons verwysing: Lg 32A

U verwysing:

9 Oktober 1992

Hofkantoor:  
Parow Spreekkamer  
Pictonstraat 27  
☎ 65, Parow 7500  
☎ 92-9120  
Faks: 930-2636

Mej Ilse Barnard  
Posbus 693  
GOODWOOD  
7460

Geagte Mej Barnard

## NAVORSING : VOLTOOIING VAN VRAELYS

U brief van 25-9-92 het betrekking. U versoek om vraelyste deur ag maatskaplike werkers van ons Raad te laat voltooi, word hiermee goedgekeur. Om te voldoen aan u monster, is die onderstaande kollegas geïdentifiseer. Ons vra beleef dat u hierdie toestemmingsbrief by u vraelys sal aanheg wanneer u self met ons kollegas, per aangehegte lys, die reëlings tref. Wetende dat ons kollegas streng geprogrammeerd werk, vra ons dat u hulle voldoende tyd (minstens 14 dae) sal toelaat vir die voltooiing van die vraelys.

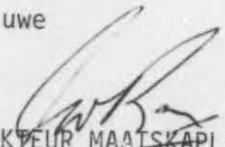
### Die respondente is:

1. Mej E du Toit	CMR Posbus 128 Hermanus 7200	Tel 0283 x 23909
2. Mej D van Schalkwyk	CMR Posbus 65 Parow 7500	Tel 021 x 929120
3. Mej A de Lange	CMR Posbus 92 Vredenburg 7380	Tel 02281 x 31723
4. Mej E Lombard	CMR Posbus 174 Clanwilliam 8135	Tel 02682 x 350
5. Mej M van der Walt	CMR Posbus 33 Vredendal 8160	Tel 0271 x 31735
6. Mev M Nothnagel	CMR Kiplingstraat 59 Kraaifontein 7570	Tel 021 x 9886370
7. Mev C Visser	CMR Posbus 558 Worcester 6850	Tel 0231 x 4775
8. Mej A Schreuder	CMR Posbus 423 Springbok 8240	Tel 0251 x 21690

Sterkte vir u navorsing.

Met agting

Die uwe

  
DIREKTEUR, MAATSKAPLIKEWERK-DIENSTE  
Mnr J W Roux  
M. Knoetze  
Supervisor  
(Mev) M M Knoetze

Beilville Spreekkamer:  
Bostonstraat 10  
☎ 901, Beilville 7535  
☎ 94-1064

Kraaifontein Spreekkamer:  
Kiplingstraat 59  
Kraaifontein  
☎ 988-6370

Wynberg Spreekkamer:  
Salisburystraat  
☎ 18096, Wynberg 7800  
☎ 761-2671

Vishoek Spreekkamer:  
☎ 22035, Vishoek 7975  
☎ 782-2461

**Die Nederduitse Gereformeerde Sendingskerk in Suid-Afrika**  
**Dutch Reformed Mission Church in South Africa**

(Ampleide Stigting 1901 — Officially Established 1971)

DIAKONALE DIENSTE — DIACONAL SERVICES TEL 08 800167 0004

DEPARTEMENT : MAATSKAPLIKWERK-DIENSTE — DEPARTMENT : SOCIAL WORK SERVICES

Postbus XI Private Bag XI

7507

Faksm: 952-5806

Tel : (021) 952-2151

U Verwysing:	
Your Reference:	
Ons Verwysing:	
Our Reference:	2/1/AK/80/92

8 Oktober 1992

Mej I Barnard  
Posbus 693  
GOODWOOD  
7460

Geagte Mej Barnard

**MA-MAATSKAPLIKWERK NAVORSING - HULPVERLENING DAGGA/MANDRAX GEBRUIKERS**

U skrywe van 25 September 1992 het betrekking.

Soos telefonies met u bespreek, het ek geen probleem dat personeel by die Diakonale Dienste-takke u met die skrywe behulpzaam kan wees nie omdat ek van oordeel is dat dit 'n bydrae kan lewer tot betere dienslewering.

U sal egter self met maatskaplike werkers by takke moet reël om geskikte tye vir die onderhoude te reël. Dit sal ook goed wees as u takbesture in die saak ken.

Seën word u toegebid met u verdere navorsing.

Die uwe



SG PICK

DIREKTEUR: MAATSKAPLIKE WERK

SGP/cas



**BYLAE 5:**

**VRAELYS EN DEKBRIEF**

Mej Ilse Barnard  
Posbus 693  
GOODWOOD  
7460

Tel: 021 - 592-3635 (w)  
02231 - 900317 (h)

16 Oktober 1992

Geagte

Ek is tans 'n ingeskrewe MA student in Maatskaplike Werk vir die kursies in Geneeskundige Maatskaplike Werk aan die Universiteit van Stellenbosch.

Die navorsingstudie handel oor die hulpverlening aan dagga en mandrax-gebruikers op 'n buite-pasiënte basis. Die doel van die studie is om riglyne daar te stel ten einde hierdie maatskaplike probleem te hanteer.

Met die groter toenemende dwelmprobleem onder alle gemeenskappe van die samelewing, sowel as die beperkte hulpverleningsbronne, veral op die platteland, is meer gerigte en doeltreffende hulpverlening aan die dwelmgebruiker noodsaaklik. Uit die aard van die studie is u as maatskaplike werker se bydrae van essensiële belang, ten einde riglyne daar te stel na aanleiding van u behoeftes in die hulpverleningsproses aan die dwelmgebruiker.

Goedkeuring deur u organisasie se hoofkantoor en telefoniese kontak met u supervisor het reeds geskied, ten einde u te betrek by hierdie navorsingstudie. U betrokkenheid deur die voltooiing van die meegaande vraelys sal hoog op prys gestel word, want sonder u bydrae is hierdie studie onmoontlik.

Ingeslote vind u afskrifte van die aansoek en goedkeuring ten opsigte van die navorsingstudie. 'n Gefrankeerde koevert word ingesluit asook 'n gefrankeerde poskaart wat u apart van die vraelys moet terugstuur. Dit sal waardeur word indien u die vraelys voltooi en terugstuur voor 2 November 1992.

U bydrae word opreg waardeur. Baie dankie vir u samewerking en betrokkenheid. Indien enige verdere navrae bestaan, is u welkom om met my te skakel.

Die uwe.

ILSE BARNARD (Mej)  
NAVORSER



UNIVERSITEIT VAN STELLENBOSCH  
DEPARTEMENT VAN MAATSKAPLIKE WERK

MAATSKAPLIKEWERK-HULPVERLENING  
AAN DIE DAGGA EN MANDRAX-GEBRUIKER

Die doel van hierdie studie behels die identifisering van behoeftes by maatskaplike werkers, in die hulpverlening aan dwelmgebruikers. Die vraelys word slegs deur maatskaplike werkers wat werkzaam is by 'n gesinsorganisasie, ingevul en nie maatskaplike werkers wat in 'n spesialisiteitsorganisasie vir die behandeling van dwelmgebruikers werkzaam is nie. Die vrae wat oor alkoholafhanklikheid handel, word slegs gevra deur 'n onderskeid te tref.

TERMINOLOGIE

DWELMGEBRUIKERS: Hierdie term word deurgaans in die vraelys gebruik en verwys na persone wat met dwelmmiddels eksperimenteer, dit misbruik of afhanklik is daarvan.

DWELMMIDDELS: Sluit die onwettige dwelmmiddels, naamlik dagga en mandrax in. In die geval van alkohol word dit spesifiek gemeld.

BEHANDELING/  
HULPVERLENING: Dit verwys na die maatskaplike werker se insette wat tydens kontak met die dwelmgebruiker gelewer word. Behandeling verwys nie na hospitalisasie, ontrekking, uitdroging of opname by 'n inrigting nie.

Alle vrae moet beantwoord word, deur met 'n kruisie (X) te merk of te motiveer waar dit gevra word.

Hierdie vraelys behoort nie langer as 15 minute van u tyd in beslag te neem nie. Alle inligting in die vraelys word as vertroulik hanteer.

Baie dankie vir u bydrae en samewerking.

ILSE BARNARD  
NAVORSER

## A. IDENTIFISERENDE INLIGTING

1. Geslag van respondent:Vroulik ☐Manlik ☐2. Ouderdom van respondent:Onder 25 jaar ☐26 - 29 jaar ☐30 - 34 jaar ☐35 - 39 jaar ☐40 - 45 jaar ☐46 - 49 jaar ☐50 - 60 jaar ☐3. Opleiding as maatskaplike werker: (Hoogste kwalifikasie)BA (MW) - Graad (3 jaar) ☐BA (MW) - Graad (4 jaar) ☐MW Diploma (3 jaar) ☐M'V Diploma (4 jaar) ☐BA-Honneurs (MW) ☐MA (MW) ☐D. Phil (MW) ☐4. Tydperk van diensjare (studentejare uitgesluit):

..... jare

Tydperk: 19 ... - 19 ...

19 ... - 19 ...

19 ... - 19 ...



5. Tydperk van diens by huidige organisasie:

.....jare

6. Posvlak wat tans beklee word en tydperk:

Maatskaplike werker

☐

..... jare

Senior maatskaplike werker

☐

..... jare

Hoof-maatskaplike werker

☐

..... jare

7. Aard van metodes beoefen:

Gevallewerk

☐

Gemeenskapswerk

☐

Groepwerk

☐

Geïntegreerde benadering

☐

8. Aard en duur van werkservaring in die onderstaande diensvelde:

Gesinsorg

☐

..... jare

Kindersorg

☐

..... jare

Bejaardesorg

☐

..... jare

Geestesgesondheid

☐

..... jare

Fisiese gestremdheid

☐

..... jare

Misdaadvoorkoming

☐

..... jare

Alkoholisme

☐

..... jare

Dwelmafhanklikheid

☐

..... jare

Ander (spesifiseer)

☐

.....

..... jare

.....

..... jare

.....

..... jare

9. Het u as student opleiding in die voldoende ontvang?

Alkoholafhanklikheid

☐ JA

☐ NEE

Dwelmafhanklikheid

☐ JA

☐ NEE

10. Beskou u u opleiding in maatskaplike werk as voldoende, ten einde die probleme en behoeftes rakende alkoholafhanklikheid en/of dwelmafhanklikheid te hanteer?

Alkoholafhanklikheid

Dwelmafhanklikheid

JA

☐
☐

NEE

☐
☐

ONSEKER

☐
☐

11. Het u enige verdere opleiding ontvang in die veld van afhanklikheid?

Alkoholafhanklikheid

☐ JA

☐ NEE

(Spesifiseer) Seminare

☐

Werkswinkels

☐

Kursusse

☐

Simposiums

☐

Lesing(s)

☐

Dwelmafhanklikheid:

☐ JA

☐ NEE

(Spesifiseer) Seminare

☐

Werkswinkels

☐

Kursusse

☐

Simposiums

☐

Lesing(s)

☐



12. Indien u enige verdere opleiding ontvang het soos beantwoord in VRAAG 11, was dit enigsins waardevol in die hantering van die DWELMGEBRUIKER?

JA

☐

NEE

☐

INDIEN JA, SPESIFISEER DEUR MET KRUISIE (X) TE MERK

Spesifiseer:

Alkoholafhanklikheid

Dwelmafhanglikheid

Kursusse

☐☐

Werkswinkels

☐☐

Seminare

☐☐

Simposiums

☐☐

Lesing (s)

☐☐

13. Het u, nadat u kwalifiseer het as maatskaplike werker enige opleeswerk oor die hantering van die dwelmgebruiker gedoen?

JA

☐

NEE

☐

14. Indien JA, was dit van enige waarde in die hantering van die DWELMGEBRUIKER?

JA

☐

NEE

☐

Motiveer: .....

.....

.....

.....

15. Tipe literatuur wat bestudeer is:

Inligtingstukke/pamflette

☐

Vaktydskrif-artikels

☐

Tydskrif/Koerantartikels

☐

Navorsingstudies

☐

Vakboeke

☐

Ander

☐

16. Dui aan die bedieningsarea waar u werksaam is:

Platteland

Stedelik

Voorstedelik

☐
☐
☐

17. Is daar in u onmiddellike omgewing (+- 30 km radius) 'n organisasie/kliniek/sentrum wat spesialiseer in die behandeling van DWELMAFHANKLIKHEID? (Behandeling behels nie ontrekking of uitdroging nie.

JA

☐

NEE

☐

18. Indien JA, spesifiseer die organisasie/kliniek/sentrum

Organisasie

☐

Kliniek

☐

Sentrum

☐

.....  
 .....  
 .....

Plek waar dit geleë is: (Dorp/Stad)

.....  
 .....

19. Maak u gebruik van hierdie bron, deur persone te verwys ten einde hulpverlening te ontvang?

JA

☐

NEE

☐

MOTIVEER: .....  
 .....  
 .....  
 .....



B. VOORKOMS VAN DWELMGEBRUIK BY KLIËNTE IN U GEVALLELADING

Inligting wat verskaf moet word, het betrekking tot statistiek vanaf April 1992 - September 1992 (6 maande)

1. Aantal lêers in u huidige totale gevallelading .....
2. Hoeveel van u kliënte misbruik dagga en mandrax? .....
3. Aantal kliënte met dwelmverwante probleme, (byvoorbeeld kliënte wie se eggenoot(e), ouers of gesinslede dagga en mandrax misbruik) .....

C. HULPVERLENING AAN DIE DWELMGEBRUIKER

1. Houding teenoor die dwelmgebruiker

1.1 Identifiseer u gevoelens teenoor die dwelmgebruiker op die onderstaande 10-punt skaal

	Laag										Hoog
Nie-veroordelend	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Empatie	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Belangstelling	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Opregtheid	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Aggressie	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Jammerte	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Vrees	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Angs	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Begrip	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Onsekerheid	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Magteloosheid	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ambivalensie	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Weersin	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Behulpzaamheid	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Gelatenheid	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Hoopvol	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ongemotiveerdheid	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10





3. Assessering

Gebruik u die DSM 111-R se kriteria vir dwelmmisbruik en afhanklikheid as instrument vir evaluering?

JA ☐ NEE ☐

Motiveer: .....  
 .....  
 .....

4. Hulpverlening

4.1 Watter metode gebruik u in die hulpverlening aan die dwelmgebruiker?

Gevallewerk ☐  
 Groepwerk ☐  
 Albei ☐

4.2 Word gesinslede of ander sleutelpersone (soos byvoorbeeld die onderwyser, proefbeampte, predikant) betrek in die proses van hulpverlening aan die dwelmgebruiker?

JA ☐ NEE ☐

Indien JA, spesifiseer .....  
 .....  
 .....

4.3 Is u van mening dat u as maatskaplike werker binne die organisasie effektiewe hulpverlening aan die dwelmgebruiker kan verleen?

JA ☐ NEE ☐

Motiveer u antwoord .....  
 .....  
 .....  
 .....

D. LEERBEHOEFTE VAN DIE MAATSKAPLIKE WERKER IN DIE  
HULPVERLENING AAN DIE DWELMGEBRUIKER

1. Kennis

1.1 Spesifiseer u leerbehoeftes ten opsigte van die volgende  
aspekte in die hantering van die DWELMGEBRUIKER op die  
10-punt skaal

	Laag										Hoog
Algemene tipe dwelmmiddels	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Dagga en Mandrax (spesifiek)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Effek van Dagga en Mandrax	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Maniere van gebruik en ge- woontes	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Dwelmtaal en subkulture	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Afhanklikheidsproses	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
DSM 111-R kriteria en be- nutting	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Assessering	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Verskillende teorieë van afhanklikheid	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Benutting van tegnieke in die behandelingsproses	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Benutting en aanwending van beginsels in die behandelings- proses	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Hantering van terugvalle	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Toepassing van verskillende benaderings	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ander (spesifiseer .....	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
.....											
.....	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
.....	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10



2. Vaardighede

2.1 Spesifiseer u leerbehoefte ten opsigte van die onderstaande vaardighede in die hantering en hulpverlening van die dwelmgebruiker volgens die 10-punt skaal

	Laag										Hoog
Kennisuitbreiding by die kliënt oor die effek van dwelmmiddels	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Benutting van konfrontasie	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Motivering van die kliënt	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Aanleer van lewensvaardighede vir die kliënt	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Assessering	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Identifisering van probleme	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ontwerp van hulpverleningsprogram	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Doelformulering	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Kontraktering	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Individuele beraad	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Groepwerk	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Terminering	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ander .....	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
.....	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
.....	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

2.2 Watter van die volgende benaderings verkies u om te gebruik in die hulpverlening aan die dwelmgebruiker?

Psigo-sosiaal	<input type="checkbox"/>
Gedragsmodifikasie	<input type="checkbox"/>
Taakgesentreerd	<input type="checkbox"/>
Krisisingryping	<input type="checkbox"/>
Ander .....	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>
Motiveer .....	<input type="checkbox"/>
.....	
.....	

- 2.3 Dui aan hoe belangrik u die beginsels beskou wat die maatskaplike werker moet handhaaf in die hulpverlening aan die dwelmgebruiker op die 10-punt skaal.

	Laag										Hoog
Onvoorwaardelike aanvaarding	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Agting vir menswaardigheid	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nie-veroordeling	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Individualisering	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Selfbeskikking en selfhelp	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Geloof in moontlikheid van die mens	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ontmoeting op die kliënt se vlak	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Belangstelling en opregtheid	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Vertroulikheid	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Beheerste emosionele betrokkenheid	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Empatiese meelewing	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Volharding	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

- 2.4 Is u van mening dat riglyne waarvolgens maatskaplike werkers hulp kan verleen aan die dagga en mandrax-gebruiker van waarde sal wees?

JA ☐ NEE ☐

MOTIVEER U ANTWOORD: .....

.....

.....

.....

.....

BAIE DANKIE VIR U TYD EN SAMEWERKING.

EINDE.